

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

Terapia Desensibilización
y Reprocesamiento
por Movimientos Oculares

ΨΨΨΨΨΨ€ 132 Ψ

Editorial

EMDR: Estado actual de sus usos y aplicaciones

Carmen Valiente y Marta Laorga.....	1-3
-------------------------------------	-----

Artículos del Monográfico

EMDR desde la investigación: Mecanismo de acción, eficacia comparativa y aplicación clínica

Marta Laorga, Adrián Cillo y Anabel González.....	4-12
---	------

Intervenciones de EMDR para estrés agudo: Una revisión sistemática

Yolanda Ballesteros, Hannah Antonia Fiebach, Almudena Trucharte, Alba Contreras y Carmen Valiente.....	13-21
--	-------

Intervenciones grupales con los protocolos de EMDR: Una revisión narrativa

Sandra Sanz, Carmen Valiente y Regina Espinosa.....	22-30
---	-------

Intervenciones centradas en el trauma para personas con psicosis: Una revisión narrativa de ensayos clínicos aleatorizados

Belén Lozano, Carmen Valiente y Regina Espinosa.....	31-37
--	-------

Adaptaciones de la terapia EMDR en niños y adolescentes con TEPT: Evidencia clínica y perspectivas de investigación

Vanesa Peinado, Cristina Cortés Viniegra y Carmen Valiente.....	38-45
---	-------

Artículos Fuera del Monográfico: Temática Libre

Eficacia de un programa en psicoterapia transpersonal. Efectos de *El Juego de la Atención* sobre los *Cinco Grandes* factores de la personalidad.

Javier Corbalán, Vanesa García-Peñas y Marly Kuenerz.....	46-55
---	-------

PIMEC: Validación de un programa de intervención por consumo de cristal en México

Kalina Isela Martínez Martínez, Lorenia Robles Villarreal, Marielena Eudave-Patiño, Yancarlo Lizandro Ojeda Aguilar y Cinthia Judith Ibarra Villalpando.....	56-63
--	-------

Revisión sistemática sobre celos, satisfacción sexual y calidad de pareja, mediante Text Mining

M. Amor Espinosa García, Francisco Javier del Río Olvera y Antonio Daniel García-Rojas.....	64-73
---	-------

Eficacia de la aplicación de un protocolo transdiagnóstico de salud mental para jóvenes basado en telemedicina

Pilar de-la-Higuera-Gonzalez, Priscila Bueno-Aguilar, Teresa Cubillo-Estivariz, Rocío Paños-Babin, Elisa Pueyo-Aznar, Alba Mengual-Quero, Blanca Linares-Santamaría, Alba Senén-Gismero, Julia Colás-Maderuelo, Sofía Navamuel-Hazas, María Gamero-Ledo y Alejandro de la Torre-Luque.....	74-85
--	-------

Personalization of psychotherapy based on client preferences vs. routine outcome monitoring with PCOMS: A naturalistic study

Pablo Rafael Santangelo, Karina Conde, Gabriela Millaman Rickert, Marcos Emanuel Mattiello, Germán Lao y Victoria Pocorena.....	86-97
---	-------

Alucinaciones o presencias del duelo en psicoterapia

Pablo Sabucedo.....	98-104
---------------------	--------

La supervisión: Tercer eje de la capacitación y el ejercicio de la clínica psicoterapéutica. Propuestas para la reflexión y el debate desde la sistémica

Begoña Olabarria González, Ana Jiménez Bidón y María García Ramírez.....	105-113
--	---------

Adaptation and validation of the revised test for need for cognitive closure to the argentinian context

Luis Carlos Jaume, Hugo Simkin, Susana Azzollini, Erica Molinario, Gennaro Pica y Arie W. Kruglanski.....	114-120
---	---------

EMDR: Estado Actual de sus Usos y Aplicaciones

EMDR: Current Status of its Uses and Applications

Carmen Valiente¹  y Marta Laorga² 

¹Universidad Complutense de Madrid (España)

²Universidad Iberoamericana (República Dominicana)

Introducción

La exposición al trauma es una experiencia universal; la gran mayoría de las personas se ve expuesta a algún tipo de trauma en el transcurso de su vida (Benjet y cols., 2016). Si bien el ser humano posee una notable capacidad de resiliencia frente a la adversidad, en la actualidad somos cada vez más conscientes de que la exposición a eventos potencialmente traumáticos, particularmente en la infancia o en poblaciones vulnerables, representa un importante problema de salud pública, estrechamente asociado a problemas de salud mental y física (Dube, 2018; Purtle y Lewis, 2017). En este contexto, y considerando la actual crisis de salud mental (McGorry y cols., 2025), se hace imprescindible disponer de un repertorio de intervenciones viables y eficaces que permitan abordar las reacciones postraumáticas a lo largo de la vida de las personas.

Una de esas intervenciones centradas en el trauma es la terapia de *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR), una psicoterapia integradora para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático (TEPT) que incorpora elementos de las principales escuelas de psicología (Norcross y Shapiro, 2002) y que se introdujo a finales de los años ochenta (Shapiro, 1989). La terapia EMDR se basa en el modelo de procesamiento adaptativo de la información (AIP), que postula que gran parte de la psicopatología se debe a una codificación desadaptativa y/o un procesamiento incompleto de experiencias vitales traumáticas o perturbadoras (Hase y cols., 2017). En los casi 40 años desde su inicio; 1. el EMDR ha cambiado de nombre (ya que inicialmente se denominó *Eye Movement Desensitization*) enfatizando así la importancia del procesamiento de la información en el procedimiento; 2. han proliferado las investigaciones sobre los mecanismos asociados y su eficacia, aunque la calidad de los estudios es insuficiente como para sacar conclusiones definitivas (Cuijpers y cols., 2020), y 3. se han diversificado los tipos de problemas objeto de tratamiento, así como los modos de

aplicación (por ejemplo, aplicaciones breves, grupales y online) (Valiente-Gómez, y cols., 2017; Scelles y Bulnes, 2021).

Aunque la terapia EMDR inicialmente suscitó cierto escepticismo, especialmente en relación con el uso de la estimulación bilateral (Van den Hout y Engelhard, 2012), se ha convertido en una terapia centrada en el trauma muy demandada por los pacientes y muy popular entre los psicoterapeutas (Castelnuovo, Fernandez, y Amann, 2019). La mayoría de las guías internacionales de buenas prácticas para el tratamiento del TEPT recomiendan el uso de EMDR como tratamiento de primera línea para adultos con TEPT (Hamblen y cols., 2019; Phelps y cols., 2022; VA/DoD, 2023). Los datos meta-analíticos han revelado que el EMDR reduce significativamente la gravedad de los síntomas del TEPT en las evaluaciones posteriores a la intervención, con tamaños del efecto grandes en comparación con los controles en lista de espera (Bisson y Olf, 2021; Cuijpers y cols., 2020; Cusack y cols., 2016; Lewis et al., 2020). La comparación de la eficacia del EMDR con otras intervenciones centradas en el trauma no está todavía tan clara. Algunas revisiones sistemáticas indican que la terapia EMDR es mejor que la terapia cognitivo-conductual para reducir los síntomas postraumáticos y la ansiedad (Khan y cols., 2018), pero un reciente metaanálisis de datos de participantes individuales (*Individual Participant Data Meta-analysis*) ha encontrado que tienen una eficacia equiparable (Wright y cols., 2024). A nivel clínico, aunque el EMDR no sea la única opción de tratamiento centrada en el trauma viable y eficaz, puede ser una opción más adecuada en algunos casos porque, aunque todos los procedimientos implican la exposición al evento traumático, el EMDR no requiere que se verbalice lo ocurrido, ni son necesarias las tareas para casa, además este procedimiento permite el procesamiento de recuerdos somáticos (Schwartz y Maiburger, 2018).

Teniendo presente todo lo anterior, el presente monográfico examina de manera integral el abordaje psicoterapéutico EMDR,

analizando sus mecanismos de acción, así como su eficacia clínica y el estado actual de la investigación en diversas áreas de aplicación.

En el primer trabajo del monográfico, titulado *EMDR Desde la Investigación: Mecanismo de Acción, Eficacia Comparativa y Aplicación Clínica*, Laorga et al. (2025) presentan una revisión crítica y actualizada sobre la evolución histórica del EMDR, su eficacia clínica y neurobiológica, así como su comparación con otras terapias empíricamente validadas para el tratamiento del TEPT como son la Terapia de Exposición y la Terapia Cognitivo-Conductual centrada en trauma.

En el segundo trabajo, titulado *EMDR Intervenciones for Acute Stress*, Fiebach y cols. (2025), consiste en una revisión sistemática que evalúa la eficacia y aplicabilidad de las intervenciones tempranas con EMDR en pacientes con Trastorno de Estrés Agudo (TEA). Los resultados de esta revisión evidencian una reducción de la sintomatología postraumática y el malestar psicológico, así como, en menor medida, de la sintomatología disociativa. En conjunto, los hallazgos sugieren que los protocolos de EMDR adaptados para TEA podrían ofrecer un beneficio clínico superior a otras intervenciones tempranas, como las realizadas en contextos de emergencia o el debriefing psicológico, aunque se subraya la necesidad de estudios más rigurosos y con mayor potencia estadística para confirmar estos resultados.

En el tercer trabajo, titulado *Intervenciones Grupales con los Protocolos de EMDR: una revisión narrativa*, Sanz et al. (2025) realiza una revisión narrativa de la evidencia de varios protocolos grupales de EMDR para adultos y niños. La aplicación de EMDR en formato grupal adquiere especial relevancia en contextos de alta demanda, como la pandemia de la COVID-19, catástrofes naturales o conflictos bélicos, donde surge la necesidad de atender a un gran número de personas, pese a la limitada disponibilidad de profesionales capacitados. Los estudios revisados muestran que la intervención grupal con EMDR es eficaz en la reducción de síntomas traumáticos, ansiedad y depresión en diversas poblaciones y contextos.

En el cuarto trabajo, titulado *Intervenciones Centradas en el Trauma Para Personas con Psicosis: una Revisión Narrativa de Ensayos Clínicos Aleatorizados*, Lozano et al. (2025), se presenta una revisión narrativa de ensayos clínicos aleatorizados sobre intervenciones centradas en trauma para personas con trastornos del espectro de la psicosis y TEPT. Dichas intervenciones se implementan principalmente a través de tres enfoques terapéuticos: la reestructuración cognitiva, la exposición prolongada y la terapia EMDR. Actualmente, se están desarrollando estudios que reconocen el papel del trauma en el origen de la psicosis y que buscan determinar si una intervención temprana focalizada en el trauma puede disminuir el riesgo de transición psicótica (Varese y cols., 2025).

Finalmente, en el quinto trabajo, *Adaptaciones de la Terapia EMDR en Niños y Adolescentes con TEPT: Evidencia Clínica y Perspectivas de Investigación*, Peinado et al. (2025) presentan una revisión narrativa sobre la aplicación individual de EMDR en menores de 18 años con diagnóstico de TEPT o con sintomatología subumbral. La revisión examina los distintos enfoques para adaptar el protocolo estándar a la población infantojuvenil, incluyendo la participación de los cuidadores en el proceso terapéutico. Asimismo, los hallazgos revisados son alentadores: el EMDR muestra reducciones consistentes de los síntomas postraumáticos. Asimismo, se destaca la necesidad de estandarizar y describir las adaptaciones

del EMDR en los estudios en población infantojuvenil, así como de avanzar en la evaluación rigurosa mediante ensayos clínicos aleatorizados en subpoblaciones específicas.

En resumen, debido al creciente interés científico y clínico por el EMDR en el campo de la psicoterapia y a la gran demanda de tratamientos centrados en el trauma, se ha publicado este monográfico, en el que hemos incluido cinco artículos con el objetivo de exponer el estado actual del EMDR en general, así como de algunas de sus aplicaciones según la población o la modalidad que este de actualidad en esta área. Todos los artículos del monográfico destacan la necesidad de realizar más investigaciones de alta calidad para seguir avanzando y poder ofrecer tratamientos eficaces centrados en el trauma y adaptados a las características de las personas o los grupos.

Referencias

- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M.,... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/s0033291715001981>
- Bisson, J. I., y Olff, M. (2021). Prevention and treatment of PTSD: The current evidence base. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1824381. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1824381>
- Castellnuovo, G., Fernandez, I., y Amann, B. L. (2019). Present and future of EMDR in clinical psychology and psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 10, 2185. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02185>
- Cuijpers, P., Veen, S. C. V., Sijbrandij, M., Yoder, W., y Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 165–180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., y Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128–141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Dube, S. R. (2018). Continuing conversations about adverse childhood experiences (ACEs) screening: A public health perspective. *Child Abuse y Neglect*, 85, 180–184. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.007>
- Fiebach, H. A., Ballesteros, Y., Trucharte, A., Contreras, A. y Valiente, C. (2025). Intervenciones de EMDR para estrés agudo: Una revisión sistemática. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 14-22. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45968>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Ostacoli, L., Liebermann, P., y Hofmann, A. (2017). The AIP model of EMDR therapy and pathogenic memories. *Frontiers in Psychology*, 8, 1578. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01578>
- Hamblen, J. L., Norman, S. B., Sonis, J. H., Phelps, A. J., Bisson, J. I., Nunes, V. D.,... Schnurr, P. P. (2019). A guide to guidelines for the treatment of post-traumatic stress disorder in adults: An update. *Psychotherapy (Chic)*, 56(3), 359–373. <https://doi.org/10.1037/pst0000231>
- Khan, A. M., Dar, S., Ahmed, R., Bachu, R., Adnan, M., y Kotapati, V. P. (2018). Cognitive behavioral therapy versus eye movement desensitization and reprocessing in patients with post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Cureus*, 10(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.3250>

- Laorga, M., Cillo, A. y González, A. (2025). EMDR desde la investigación: Mecanismo de acción, eficacia comparativa y aplicación clínica. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 4-13. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45971>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., y Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Lozano, B., Valiente, C. y Espinosa, R. (2025). Intervenciones centradas en el trauma para personas con psicosis: Una revisión narrativa de ensayos clínicos aleatorizados. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 32-37. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45965>
- McGorry, P., Gunasiri, H., Mei, C., Rice, S., y Gao, C. X. (2025). The youth mental health crisis: Analysis and solutions. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1517533. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1517533>
- Norcross, J. C., y Shapiro, F. (2002). Integration and EMDR. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 341-356). Washington, DC: American Psychological Association.
- Peinado, V., Cortés, C., y Valiente, C. (2025). Adaptaciones de la terapia EMDR en niños y adolescentes con TEPT: Evidencia clínica y perspectivas de investigación. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 38-45. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.46046>
- Phelps, A. J., Lethbridge, R., Brennan, S., Bryant, R. A., Burns, P., Cooper, J. A.,... Silove, D. (2022). Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(3), 230-247. <https://doi.org/10.1177/00048674211041917>
- Purtle, J., y Lewis, M. (2017). Mapping "trauma-informed" legislative proposals in US congress. *Administration and Policy in Mental Health*, 44(6), 867-876. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0799-9>
- Sanz, S., Valiente, C. y Espinosa, R. (2025). Intervenciones grupales con los protocolos de EMDR: Una revisión narrativa. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 23-31. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45989>
- Scelles, C., y Bulnes, L. C. (2021). EMDR as treatment option for conditions other than PTSD: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 644369. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644369>
- Schwartz, A., y Maiburger, B. (2018). EMDR therapy and somatic psychology: Interventions to enhance embodiment in trauma treatment. WW Norton & Company.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6)
- Shapiro, F. (1989). Eficacia del procedimiento de desensibilización por movimientos oculares en el tratamiento de recuerdos traumáticos. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- VA/DoD Clinical Practice Guideline. (2023). *Management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder work group*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Perez, V., y Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A systematic literature review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1668. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>
- Van den Hout, M. A., y Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724-738. <https://doi.org/10.5127/jep.028212>
- Varese, F., Cartwright, K., Larkin, A., Sandys, M., Flinn, A., Newton, A., Lamonby, J., Samji, M., Holden, C., Bowe, S., Keane, D., Keen, N., Hardy, A., Malkin, D., Emsley, R., y Alsopp, K. (2025). *The 'REducing psychosiS risk by TARgeting Trauma' (RESTART) Trial: Protocol of a feasibility randomised controlled trial of trauma-focused cognitive behavioural therapy and eye movement desensitisation and reprocessing therapy for people with at-risk mental states*. Retrieved July 29, 2025, from <https://www.authorea.com/users/752285/articles/1250098-the-reducing-psychosis-risk-by-targeting-trauma-restart-trial-protocol-of-a-feasibility-randomised-controlled-trial-of-trauma-focused-cognitive-behavioural-therapy-and-eye-movement-desensitisation-and-reprocessing-therapy-for-people-with-at-risk-mental-states>
- 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*, 54(8), 1580-1588. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003446>

Artículo

EMDR Desde la Investigación: Mecanismo de Acción, Eficacia Comparativa y Aplicación Clínica

Marta Laorga¹, Adrián Cillo² y Anabel González³

¹Universidad Iberoamericana (República Dominicana)

²Universidad de Buenos Aires (Argentina)

³Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 04/08/2025
Aceptado: 12/10/2025

Palabras clave:

EMDR
TEPT
Trauma
Trauma complejo
Disociación
Mecanismos de acción
Eficacia comparativa

RESUMEN

La terapia Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) es una de las intervenciones psicológicas más viables y eficaces para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (Foa y cols., 2009; NICE, 2018; World Health Organization, 2013). Aunque las consecuencias de los eventos traumáticos no se limitan al TEPT, la definición de esta patología ha llevado al desarrollo de tratamientos específicamente orientados al trauma, que son más beneficiosos en estos cuadros. Este trabajo realiza una revisión narrativa e integrativa de la literatura científica publicada en las últimas décadas sobre la evolución de la terapia EMDR, sus fundamentos neurobiológicos, mecanismos de acción y evidencia clínica comparativa con otras terapias focalizadas en el trauma como las basadas en la exposición y la Terapia Cognitivo-Conductual centrada en trauma. Así mismo, se revisan hallazgos recientes en neuroimagen funcional que respaldan el modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), marco conceptual del EMDR, destacando el rol del precuneus, la Red por Defecto y estructuras límbicas en la reorganización neural durante el tratamiento. El objetivo de este artículo es mostrar como el EMDR presenta una eficacia comparable a otros abordajes de trauma, con una mayor eficiencia y una menor tasa de abandonos. Se concluye que, aunque los resultados disponibles son alentadores, se requiere investigación que evalúe el impacto del EMDR sobre la consolidación a largo plazo de las memorias reestructuradas y su relación con la prevención de recaídas.

EMDR from Research: Mechanism of Action, Comparative Efficacy and Clinical Application

ABSTRACT

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy is one of the most viable and effective psychological interventions for the treatment of Post-traumatic Stress Disorder (Foa et al., 2009; NICE, 2018; World Health Organization, 2013). Although the consequences of traumatic events are not limited to PTSD, the definition of this pathology has led to the development of trauma-specific treatments, which are more beneficial in these conditions. This paper carries out a narrative and integrative review of the scientific literature published in recent decades on the evolution of EMDR therapy, the evolution of EMDR therapy, its neurobiological foundations, mechanisms of action, and comparative clinical evidence with other trauma-focused therapies such as exposure-based therapies and trauma-focused Cognitive-Behavioral Therapy. Likewise, recent findings in functional neuroimaging that support the Adaptive Information Processing model (AIP), the conceptual framework for EMDR, are reviewed, highlighting the role of the precuneus, the default network, and limbic structures in neural reorganization during treatment. The objective of this article is to show how EMDR presents comparable efficacy to other trauma approaches, with greater efficiency and a lower dropout rate. It is concluded that, although the available results are encouraging, research is needed to evaluate the impact of EMDR on the long-term consolidation of restructured memories and its relationship to relapse prevention.

Keywords:

EMDR
PTSD
Trauma
Complex trauma
Dissociation
Mechanism of action
Comparative efficacy

Citar como: Laorga, M., Cillo, A. y González, A. (2025). EMDR desde la investigación: Mecanismo de acción, eficacia comparativa y aplicación clínica. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 4-12. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45971>

Autor y e-mail de correspondencia: Marta Laorga Fuentes info.martalaorga@gmail.com

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

En las últimas décadas, el creciente reconocimiento del impacto del trauma psicológico en la salud mental ha impulsado una transformación en los modelos de intervención psicoterapéutica. El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), históricamente asociado a eventos compatibles con el criterio A descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (APA, 2013), ha sido objeto de una profunda reconceptualización debido a que estudios con amplias muestras han encontrado que los eventos vitales estresantes (como por ejemplo divorcios, pérdida de empleo, problemas financieros, etc.) pueden generar síntomas de TEPT similares a los eventos traumáticos (Kendler y cols., 2003; Gold y cols., 2005). Por otra parte, el concepto de trauma se ha ampliado hasta desdibujarse, y es importante destacar que no todas las circunstancias adversas tendrían que ser consideradas como tales, sino aquellas que impliquen la activación de los mecanismos de respuesta ante la amenaza, y su disfunción posterior (Contreras, 2025) o contribuir al desarrollo de problemas psicopatológicos diversos (Hase y cols., 2017). Este creciente interés por el estudio del trauma psicológico también se debe a que datos epidemiológicos mundiales indican que un tercio de los trastornos mentales están relacionados con experiencias traumáticas en la niñez o adolescencia, siendo el trauma uno de los factores de riesgo prevenibles más importantes en salud mental (McLaughlin y cols., 2012). Es importante tener en cuenta que en el TEPT la comorbilidad con otros trastornos mentales es muy elevada, estudios epidemiológicos han demostrado que cerca del 90% de las personas con TEPT han tenido al menos un trastorno mental adicional en algún momento de su vida (Kessler y cols., 1995).

Por todo ello el TEPT es uno de los cuadros más estudiados y es en este contexto que surge la necesidad de tratamientos eficaces, tolerables y neurobiológicamente fundamentados siendo una prioridad en salud pública. En este artículo restringiremos nuestro análisis a una de las intervenciones de primera línea para el tratamiento del TEPT, con el respaldo de múltiples guías clínicas internacionales, entre ellas la American Psychological Association (APA, 2017), la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR, por sus siglas en inglés). A diferencia de las terapias basadas en la exposición prolongada, EMDR no requiere verbalización detallada del trauma, lo que lo convierte en una opción especialmente adecuada para pacientes con elevada evitación, disociación o retraumatización previa.

En este contexto, resulta relevante ofrecer un marco comprensivo de la terapia EMDR que integre las dimensiones psicológica, fisiológica y neurocognitiva. Por ello, a través de la presente revisión narrativa, se busca valorar la eficacia del EMDR como intervención terapéutica en el abordaje del trauma psicológico. Asimismo, se analizan sus principales fortalezas diferenciales, entre ellas la baja tasa de abandono terapéutico y su potencial transdiagnóstico, considerando tanto su aplicabilidad clínica como sus implicaciones para el desarrollo futuro de la psicoterapia basada en la evidencia.

Método

Se realizó una revisión narrativa e integrativa de la literatura científica publicada en las últimas décadas, enfocada en la

evolución de la terapia EMDR, sus fundamentos neurobiológicos, mecanismos de acción y evidencia clínica comparativa con otras intervenciones focalizadas en el trauma. Asimismo, se analizaron hallazgos recientes provenientes de estudios de neuroimagen funcional que respaldan el Modelo PAI. La revisión incluyó búsquedas en bases de datos internacionales (PubMed, PsycINFO, Scopus y Web of Science), así como en guías clínicas internacionales: National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018), American Psychological Association (APA, 2017) y Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013).

La estrategia de búsqueda combinó términos como: EMDR, PTSD, trauma, trauma complejo, disociación, mecanismo de acción, eficacia comparativa. La selección de estudios abarcó investigaciones experimentales, revisiones sistemáticas y metaanálisis que abordaron la eficacia clínica, los mecanismos neurobiológicos y las comparaciones con otras terapias focalizadas en trauma.

Resultados

Evolución de EMDR

EMDR es un abordaje psicoterapéutico inicialmente diseñado para el tratamiento del TEPT (Shapiro, 1989), aunque en la actualidad se ha ido comprobando su eficacia en diversos trastornos mentales (Sepehry y cols., 2021). Si nos restringimos al TEPT, es uno de los trastornos psicológicos con mayor prevalencia, una reciente revisión revela que la prevalencia global del TEPT en la población general, independientemente del método de evaluación aplicado, oscilando desde un 23,95% (Schincariol et al., 2024) a un 3,9 % a lo largo de la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013), dependiendo de si la identificación estaba basada en instrumentos autoadministrados o entrevistas clínicas. En todo caso, es una problemática común y los tratamientos específicamente orientados a su resolución, como EMDR y tratamientos cognitivo-conductuales orientados al trauma, son de gran importancia a nivel de salud pública (Purtle y Lewis, 2017).

El marco conceptual del abordaje con EMDR como se ha mencionado con anterioridad se fundamenta en el Modelo PAI (Shapiro, 1994, 2001, 2007). Este modelo se basa en la hipótesis de que el organismo humano tiene una capacidad innata para procesar la información hasta alcanzar una resolución adaptativa. Cuando la persona experimenta un trauma psicológico, este sistema se altera, procesando la información de forma disfuncional. Estas memorias quedarán almacenadas en un estado específico, lo que eventualmente dará lugar a la aparición de síntomas como la intrusión, la evitación o la inestabilidad en el arousal propias del TEPT. EMDR, a través de procedimientos estandarizados que incluyen la estimulación bilateral alternada (EBA), estimula el sistema de procesamiento de información, lo que dará lugar a la transmutación de dichas experiencias procesadas de forma disfuncional en una resolución adaptativa que fomentan la salud psicológica (Solomon y Shapiro, 2008).

La conceptualización desde el Modelo PAI postula que las redes de memoria son la base tanto de la psicopatología (memorias almacenadas disfuncionalmente o memorias patológicas) y de la salud mental (memorias que fueron almacenadas de modo funcional).

Las reacciones postraumáticas se derivarían de la activación inadecuada de estas memorias patogénicas, que permanecen en un estado similar a aquel en el que fueron almacenadas inicialmente (ed., manteniendo la misma información sensorial, emocional y física). Estas memorias no pueden conectarse con otras redes funcionales, y permanecen no integradas, aisladas (Solomon y Shapiro, 2008). Estas experiencias forman parte de redes de memoria asociativas, en las que distintas memorias almacenadas disfuncionalmente se vinculan entre sí, y que se pueden activar en el presente ante estímulos internos o externos, contribuyendo a que la persona reaccione al presente como lo hizo en el pasado (Jarero y Artigas, 2022).

Como se ha mencionado con anterioridad el trauma psicológico no son únicamente aquellas memorias que se incluyen en el criterio A del TEPT (APA, 2013), experiencias vitales estresantes que no cumplen con dicha definición también han mostrado generar síntomas intrusivos (Gold y cols., 2005). En la conceptualización del caso con EMDR es esencial la identificación de estas experiencias consideradas memorias patogénicas las cuales generan intrusiones que juegan un papel clave en la génesis de la patología (Hase y cols., 2017; Centonze y cols. 2005).

EMDR es además un abordaje transdiagnóstico, pues como hemos comentado con anterioridad el TEPT presenta una comorbilidad con otros trastornos mentales muy elevada (Kessler y cols., 1995). Las más comunes incluyen el depresivo mayor (TDM), con una prevalencia estimada del 48 al 55 % en personas con TEPT (Flory y Yehuda, 2015), así como, la comorbilidad con trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la fobia social (Pietrzak y cols., 2011), en un estudio epidemiológico con una muestra de 801 mujeres diagnosticadas con TEPT, Breslau y colaboradores identificaron que el 55% presentaba además otro trastorno de ansiedad comórbido, lo que evidencia la alta prevalencia de la comorbilidad ansiosa en esta población clínica (Breslau, 1997). Por otro lado, existe una asociación significativa entre TEPT y trastornos por uso de sustancias, con una prevalencia que puede superar el 40 % en poblaciones clínicas (Jacobsen y cols., 2001). Asimismo, la disociación patológica, definida como una fragmentación involuntaria y disfuncional de la conciencia, memoria, identidad o percepción, asociada a experiencias traumáticas (APA, 2013), aparece como una comorbilidad destacada, haciendo más complejo el diagnóstico y tratamiento (Dorahy y cols., 2014). Además, investigaciones recientes han vinculado el TEPT con síntomas psicóticos, trastornos del sueño y alteraciones neurocognitivas como déficits en la atención y la memoria (Brewin y cols., 2022; Germain, 2013). La elevada tasa de comorbilidad refuerza la necesidad de un abordaje diagnóstico y terapéutico integral, especialmente en contextos clínicos de trauma complejo o prolongado.

El Procedimiento de EMDR

EMDR es una terapia estructurada en 8 fases, orientadas a la identificación de las memorias patogénicas (fase 1), la preparación del paciente para poder acceder a estas memorias, tolerar las emociones que habrán de ser procesadas y mantener estabilidad y funcionalidad (fase 2) y reprocesar cada una de esas memorias (fases 3 a 8). Ver [tabla 1](#).

Tabla 1

Protocolo Básico de Ocho Fases (Shapiro, 2001)

Fase 1	Historia clínica y plan de tratamiento	Identificación de los componentes experienciales de la disfunción que necesitan ser procesados.
Fase 2	Preparación	Permitir al paciente que mantenga una atención dual
Fase 3	Evaluación	Acceso estructurado y medida del recuerdo
Fase 4	Desensibilización	Reprocesar la red de memoria
Fase 5	Instalación	Reprocesar e incrementar las asociaciones en redes cognitivas positivas.
Fase 6	Examen corporal	Reprocesar cualquier manifestación residual física/somática
Fase 7	Cierre	Devolver al paciente a un estado emocional estable
Fase 8	Reevaluación	Re-acceder a los recuerdos trabajados y guiar a través de metas posteriores

La EBA es uno de los ingredientes activos (Lee y Cuijpers, 2013), que puede basarse en movimientos oculares, estimulación táctil o tapping y tonos auditivos bilaterales. De estas tres modalidades la que mayor evidencia presenta son los movimientos oculares (Nieuwenhuis y cols., 2013). El metaanálisis de Lee y Cuijpers (2013) encontró un tamaño del efecto moderado y significativo en contextos clínicos ($Cohen\ d \approx 0,41$) y un efecto grande en entornos de laboratorio ($d \approx 0,74-0,91$) para los movimientos oculares. Otro de los ingredientes activos es la atención dual, es decir, la capacidad de conectar con la memoria y sus componentes emocionales y sensoriales y, a la vez, permanecer en el presente con cierta perspectiva y distancia (Lee y cols., 2006).

Debido a la evidencia acumulada las guías clínicas empezaron a incluir EMDR como una recomendación para el tratamiento del TEPT. En el año 2000, la terapia EMDR fue reconocida como tratamiento eficaz para el TEPT por la Sociedad Internacional para Estudios de Estrés Traumático (International Society for Traumatic Stress Studies, ISTSS) (Shalev et al., 2000). Posteriormente, en 2004, la American Psychiatric Association (APA) (2004) también la incluyó como intervención eficaz para el tratamiento del TEPT tanto en su forma aguda como crónica.

En la actualidad, EMDR forma parte de las recomendaciones de múltiples guías clínicas internacionales como tratamiento basado en evidencia para el TEPT. Entre ellas se destacan el NICE (2018), la APA (2017), y la OMS (2013). Más recientemente, una revisión sistemática europea también respaldó su eficacia, reafirmando su lugar entre las terapias de primera línea para el trauma (Matthijssen y cols., 2020).

Mecanismos de Acción

Aunque no existe una explicación única y definitiva sobre los mecanismos cerebrales implicados en el EMDR, la convergencia de hallazgos provenientes de distintos enfoques —psicológico, psicofisiológico y neurobiológico— permite delinear un modelo integrador del reprocesamiento. A lo largo de las últimas tres décadas, la evidencia empírica ha permitido distinguir modelos explicativos clásicos, modelos neurobiológicos contemporáneos y una síntesis integradora que articula ambos niveles.

Modelos Explicativos Clásicos

- a) Respuesta de orientación y regulación autonómica
Pavlov (1927) describió la respuesta de orientación como un reflejo atencional ante estímulos novedosos, caracterizado por una activación inicial del sistema nervioso autónomo. Cuando el estímulo no representa una amenaza, dicha activación se transforma rápidamente en una respuesta de relajación. En el contexto del EMDR, la EBA activa este reflejo (Armstrong y Vaughan, 1996), generando un estado de seguridad fisiológica que facilita la desensibilización del recuerdo traumático. Estudios psicofisiológicos han mostrado una disminución de la frecuencia cardíaca, de la conductancia dérmica y del nivel de arousal durante la sesión (Wilson y cols., 1996; Barrowcliff y cols., 2004; Elofsson y cols., 2008), lo que respalda la hipótesis de una modulación parasimpática activa asociada al proceso terapéutico.
- b) Sobrecarga de la memoria de trabajo
El modelo de memoria de trabajo de Baddeley y Hitch (1974) propone la existencia de un sistema ejecutivo central que coordina la información almacenada en subsistemas específicos. Durante EMDR, el paciente mantiene activa la representación del recuerdo mientras realiza movimientos oculares o tareas atencionales duales. Esta demanda simultánea sobre la agenda visoespacial y el sistema ejecutivo central genera una sobrecarga cognitiva que reduce la viveza y carga emocional del recuerdo (Landin-Romero y cols., 2018). El resultado clínico es una disminución del impacto afectivo del evento recordado y una percepción de mayor distancia emocional
- c) Analogía con el sueño REM
Otra línea explicativa sostiene que los movimientos oculares de EMDR inducen un estado fisiológico análogo al del sueño REM (*rapid eye movement*), fase en la que se consolidan e integran memorias con alto contenido emocional (Stickgold, 2002; Stickgold y Wehrwein, 2009). Durante el sueño REM, las memorias autobiográficas se integran en redes semánticas de menor carga afectiva (Born y cols., 2006). En esta misma dirección, estudios de neuroimagen tras una sesión de EMDR (Pagani y cols., 2012, 2017, 2021) evidenciaron una disminución de la actividad en la amígdala e ínsula, junto con una activación de regiones prefrontales y asociativas, lo que sugiere una reorganización jerárquica del procesamiento de la memoria similar a los procesos de integración observados durante el sueño REM.

Modelos Neurobiológicos Contemporáneos

- a) Integración de redes de memoria y autoprocesamiento
Dentro de la Red por Defecto (DMN), el precuneus se perfila como un nodo clave para la autorreferencia y la memoria autobiográfica (Landin-Romero y cols., 2013; Santarnecchi y cols., 2019). En pacientes con TEPT, estudios que emplean la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Resonancia Magnética Funcional (fMRI) muestran que tras EMDR aumenta el metabolismo del precuneus y se modula su conectividad con regiones cerebelosas posteriores, cambios

asociados a la mejoría clínica (Rousseau y cols., 2019; Verger y cols., 2020). De forma complementaria, durante la EBA se observa una reorganización de la conectividad entre precuneus, hipocampo y amígdala, compatible con la recontextualización del recuerdo y la disminución del arousal (Yan y cols., 2019), junto con la reducción de la reactividad límbica y un mayor reclutamiento cortical (Pagani y cols., 2012, 2017, 2021). En conjunto, estos hallazgos apuntan a un mecanismo de reintegración autobiográfica y regulación jerárquica del afecto, más que a un simple efecto distractor.

- b) Regulación jerárquica de los circuitos emocionales
Estudios mediante PET y fMRI muestran de forma consistente una desactivación límbica (amígdala e ínsula) acompañada de una activación cortical prefrontal y parietal tras sesiones de EMDR (Pagani y cols., 2012, 2017, 2021). Este patrón se interpreta como un restablecimiento de la regulación cortical sobre los circuitos subcorticales del miedo, favoreciendo una elaboración emocional más integrada. Clínicamente, esto se traduce en la reducción de la hiperactivación defensiva y en una regulación más estable del afecto.
- c) Neuroplasticidad y reorganización funcional
La evidencia longitudinal muestra que EMDR puede inducir cambios estructurales y funcionales duraderos compatibles con procesos de neuroplasticidad sináptica (Faretta y cols., 2021). Dichos cambios reflejan una transición funcional desde redes de hiperactivación (amígdala, tronco encefálico) hacia redes corticales integrativas (DMN y red frontoparietal), lo que permite una elaboración más reflexiva, contextual y emocionalmente regulada de las memorias. Maddox y colaboradores (2019) señalaron que el reprocesamiento efectivo requiere una desactivación temporal de los circuitos del miedo y una reactivación de redes corticales contextuales, procesos que EMDR facilita de manera activa.
- d) Evidencia experimental en modelos animales
La plausibilidad biológica del EMDR también ha sido confirmada en modelos animales. Baek y colaboradores (2019) demostraron que la estimulación ocular bilateral rítmica reduce la respuesta de sobresalto y modula la actividad de la amígdala central, evidenciando que los efectos del EMDR implican mecanismos neurobiológicos básicos de regulación emocional y extinción del miedo, independientes del lenguaje o la simbolización.

Síntesis Integradora

Los datos actuales convergen en un modelo jerárquico donde el EMDR facilita el tránsito desde redes subcorticales de defensa hacia circuitos corticales integrativos, restableciendo la comunicación entre los sistemas de memoria implícita y explícita. Los hallazgos más consistentes —la desactivación amigdalár, la reintegración del precuneus en la DMN y la neuroplasticidad funcional— constituyen los pilares neurobiológicos del efecto terapéutico. Los modelos clásicos (memoria de trabajo, respuesta de orientación, sueño REM) aportan un marco explicativo complementario que describe los procesos cognitivos y fisiológicos que acompañan esta

reorganización neuronal. En suma, el EMDR puede conceptualizarse como una intervención neuropsicológica compleja que promueve la integración de memorias disociadas dentro de redes de autorreferencia y regulación emocional, posibilitando una transformación profunda del significado del recuerdo traumático.

Aspectos Diferenciales de la Terapia EMDR

Aunque diversos abordajes han mostrado su eficacia en el TEPT, existen elementos diferentes. Por ejemplo, a diferencia de Terapia Cognitivo-Conductual centrada en trauma (TCC-TF) o la Terapia de Exposición Prolongada (EP) EMDR no exige a las personas verbalizar extensamente sus experiencias traumáticas para alcanzar una integración adaptativa de los recuerdos perturbadores. Esta característica resulta especialmente relevante para pacientes con TEPT, en quienes la evocación verbal directa del trauma puede ser no solo desorganizante, sino incluso retraumatizante. Numerosos estudios han mostrado que revivir el evento traumático sin un adecuado anclaje en el presente y sin recursos suficientes de regulación emocional puede agravar la sintomatología, pudiendo contribuir al abandono del tratamiento o a rechazar todo lo que implique conectar con los recuerdos.

Más allá del TEPT, estudios clínicos rigurosos han demostrado la eficacia del EMDR en una amplia gama de trastornos psicológicos. Entre ellos se incluyen los trastornos del estado de ánimo (Landin-Romero y cols., 2013; Hofmann y cols., 2014; Novo y cols., 2014; Hase y cols., 2015), el dolor crónico (Schneider y cols., 2008; Wilensky, 2006; de Roos y cols., 2010; Gerhardt y cols., 2016), las adicciones (Hase y cols., 2008; Abel y O'Brien, 2010) y el trastorno obsesivo-compulsivo (Marsden y cols., 2018), entre otros. Estos resultados han motivado el desarrollo de múltiples protocolos adaptados del modelo estándar de EMDR, extendiendo su uso clínico más allá del espectro traumático. Además, el TEPT comórbido exacerba significativamente la gravedad y la resistencia al tratamiento de otros cuadros clínicos, como los trastornos de ansiedad, el TDM, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno obsesivo compulsivo y las adicciones (Moore y Grubbs, 2021; Scharff y cols., 2021; Zhu y cols., 2017). Desde esta perspectiva, EMDR puede contribuir también a disminuir la severidad clínica de diversas patologías.

No obstante, hasta el momento, se requiere mayor investigación comparativa que ponga de manifiesto la eficacia de EMDR en comparación con otros abordajes psicoterapéuticos para que EMDR sea considerado en las guías clínicas internacionales como tratamiento de primera elección para distintas patologías. Será necesario ir perfilando el campo de aplicación de esta psicoterapia a lo largo de los próximos años, cuando se vayan completando más investigaciones sistemáticas sobre su utilidad clínica.

Eficacia Comparativa: EMDR vs TCC

La TCC-TF y EMDR son actualmente los tratamientos más ampliamente respaldados para el TEPT, siendo recomendados como intervenciones de primera línea por guías clínicas internacionales, tales como las del NICE, APA y la OMS (Matthijssen y cols., 2020; Mavranetzouli y cols., 2020).

Ambos modelos comparten elementos esenciales, como el acceso controlado al recuerdo traumático, la reducción de la

sintomatología a través del reprocesamiento, y la mejora del funcionamiento adaptativo. Sin embargo, difieren de manera sustancial en su metodología, tolerancia clínica y mecanismos neurobiológicos subyacentes.

Mecanismos Diferenciales

Desde la neurociencia del trauma, se sostiene que la TCC basa su efectividad en procesos de habituación y extinción, donde el recuerdo traumático se mantiene intacto, pero disminuye la reactividad al mismo gracias a la creación de nuevas asociaciones inhibitorias (Foa y Kozak, 1986). En cambio, el modelo del EMDR propone un mecanismo de reconsolidación de la memoria (Shapiro, 2014), por el cual el recuerdo accede a un estado lábil durante el procesamiento y es almacenado nuevamente de manera menos perturbadora, tras haber sido modificado a nivel afectivo y cognitivo (Elsei y Kindt, 2017; Suzuki y cols., 2004). La duración breve de la exposición en EMDR parece ser crítica para favorecer este proceso (Shapiro, 2018), a diferencia de la exposición prolongada que predomina en la TCC.

Diferencias Metodológicas y Clínicas

EMDR se distingue por su enfoque no verbal y tolerable, ya que no requiere la narración detallada del evento traumático, ni tareas entre sesiones, ni cuestionamientos directos a las cogniciones del paciente. Esto es especialmente valioso en personas con alta evitación, disociación, dificultades en la expresión verbal o retraumatización previa durante terapias de exposición (Van der Kolk, 2014). Por su parte, la TCC-TF —particularmente en su variante de EP— implica que el paciente afronte sistemáticamente los recuerdos temidos mediante imaginación y exposición en vivo, técnica efectiva pero que puede resultar emocionalmente exigente (Powers y cols., 2010; Özdel y cols., 2021).

Abandono Terapéutico: Una Fortaleza del EMDR

Una dimensión crítica que considerar en la práctica clínica real es la tasa de abandono o dropout, ya que un tratamiento altamente efectivo pierde impacto si los pacientes no pueden completarlo. En este sentido, el estudio de Varker y cols. (2021) —un metaanálisis que analizó los índices de abandono de distintos tratamientos psicológicos para el TEPT— reveló hallazgos sumamente relevantes. Los resultados mostraron que la TCC-TF mostró una tasa promedio de abandono del 18–36%, dependiendo de la modalidad. En contraste, EMDR presentó una de las tasas más bajas de abandono, alrededor del 8–14%, incluso en muestras clínicas con trauma complejo y antecedentes de múltiples tratamientos.

Este dato posiciona al EMDR como una opción no solo efectiva, sino también más tolerable, con mayores tasas de adherencia, lo cual es crucial en poblaciones vulnerables o con baja tolerancia a intervenciones confrontativas. En contextos sanitarios donde la continuidad del tratamiento es un desafío, la baja tasa de dropout representa una fortaleza terapéutica y de política pública.

Comparaciones de Eficacia, Eficiencia y Tolerancia

Metaanálisis recientes refuerzan que EMDR y TCC-TF son igualmente eficaces para la reducción de los síntomas de TEPT,

ansiedad y depresión (Lewis y cols., 2020; Wright y cols., 2024). No obstante, EMDR parece requerir menos sesiones, lo que lo convierte en una intervención más eficiente en términos de tiempo (Hudays y cols., 2022). Además, estudios de costo-efectividad, como el de Mavranouzouli y cols. (2020) en el sistema de salud del Reino Unido, posicionan a EMDR como la alternativa más costo-efectiva frente a otros tratamientos psicológicos y farmacológicos para adultos con TEPT.

Comparación con Terapia de Exposición y Terapia Narrativa

Más allá de la TCC-TF, existen otros enfoques ampliamente utilizados en el abordaje del TEPT como la Terapia de Exposición (TE) y la Terapia Narrativa (TN). La TE, en sus diversas modalidades (prolongada, graduada, virtual), comparte con la TCC-TF la lógica de enfrentar de manera sistemática los estímulos temidos para inducir habituación y extinción. En este modelo, el recuerdo traumático se mantiene intacto y se busca disminuir la respuesta de miedo mediante repetidas presentaciones prolongadas (Foa y Kozak, 1986; Powers y cols., 2010). Si bien su eficacia está sólidamente respaldada (Watts y cols., 2013), la TE presenta un desafío clínico importante: su alta carga emocional puede generar tasas de abandono que superan el 25–35% en estudios controlados (Imel y cols., 2013; Varker y cols., 2021).

Por su parte, la TN —incluyendo la Terapia Narrativa de Exposición (NET)— propone que la elaboración detallada y cronológica de la historia vital y traumática favorece la integración del recuerdo y la resignificación (Schauer y cols., 2011). Este abordaje ha demostrado eficacia en poblaciones expuestas a traumas múltiples y en contextos de violencia masiva, mostrando resultados clínicos significativos en la reducción del TEPT (Neuner y cols., 2008; Pabst y cols., 2014). Sin embargo, su requerimiento de verbalización exhaustiva y exposición repetida a recuerdos dolorosos puede ser emocionalmente exigente y menos tolerable para personas con umbrales bajos de activación o con fenómenos disociativos marcados.

En contraste, EMDR combina la activación controlada del recuerdo traumático con la EBA, lo que permite procesar la memoria sin necesidad de narrarla en detalle ni sostener una exposición prolongada (Shapiro, 2018). Esta característica explica en parte sus menores tasas de abandono (8–14 %; Varker y cols., 2021) y su alta aplicabilidad en pacientes que no logran sostener protocolos centrados en exposición intensiva. Estudios comparativos han mostrado que EMDR puede ser igualmente eficaz que TE y NET para la reducción del TEPT, con ventajas en tolerancia clínica y eficiencia temporal, es decir, requiere menor número de sesiones para observar mejoría sintomática (Watts y cols., 2013; Lewis y cols., 2020; Wright y cols., 2024). Además, la ausencia de tareas domiciliarias y la brevedad de la activación traumática favorecen su implementación en contextos sanitarios con recursos limitados o en poblaciones culturalmente diversas donde la exposición directa pueda ser menos aceptada.

Discusión y Perspectivas Futuras

Los resultados revisados en este trabajo confirman que la terapia EMDR representa un abordaje clínico sólido y eficaz para el tratamiento del TEPT, con evidencia robusta tanto a nivel clínico

como neurobiológico. La activación del sistema PAI, los hallazgos en neuroimagen que demuestran una reorganización funcional en redes cerebrales como la DMN (Amman y cols., 2023; Yan y cols., 2019), y los mecanismos de reconsolidación de la memoria (Elsei y Kindt, 2017; Shapiro, 2018) convergen en sostener que EMDR no solo reduce síntomas, sino que modifica la forma en la que esa memoria es almacenada en el cerebro.

Desde el punto de vista comparativo, la eficacia de EMDR ha sido equiparable —e incluso superior en algunos parámetros— a la de la TCC-TF. Estudios recientes han mostrado que EMDR requiere menos sesiones para alcanzar resultados clínicamente significativos (Hudays y cols., 2022), y su perfil de tolerabilidad es especialmente ventajoso. En este sentido, uno de los aportes más relevantes lo ofrece el metaanálisis de Varker y cols. (2021), que documenta una menor tasa de abandono (dropout) en pacientes tratados con EMDR en comparación con otras psicoterapias, incluida la TCC-TF. Este hallazgo no solo refuerza la aceptabilidad del método, sino que también implica un impacto positivo en términos de eficiencia terapéutica, adherencia al tratamiento y viabilidad sanitaria en contextos vulnerables.

El hecho de que EMDR no requiera una exposición prolongada ni verbalización detallada del evento traumático lo hace especialmente adecuado para personas con alta evitación, ampliando su aplicabilidad clínica más allá del TEPT clásico. Asimismo, los estudios que demuestran su efectividad en cuadros comórbidos —como depresión, dolor crónico, adicciones o trastorno obsesivo compulsivo— abren nuevas líneas de investigación sobre su potencial transdiagnóstico (Hase y cols., 2017; Landin-Romero y cols., 2013).

No obstante, pese a su creciente inclusión en guías clínicas internacionales, persisten desafíos relevantes, entre ellos la necesidad de una investigación comparativa más amplia que permita establecer con mayor claridad su eficacia en relación con otros abordajes psicoterapéuticos. Actualmente, diversas líneas de estudio examinan la efectividad del EMDR en distintos cuadros diagnósticos, lo que podría posibilitar que, en el futuro, sea considerado no solo un tratamiento de primera elección para el TEPT, sino también una intervención eficaz en un espectro más amplio de trastornos psicológicos. En el plano teórico, continúa el debate acerca de los mecanismos específicos de acción que explican su efectividad, por lo que se requiere una mayor replicabilidad de los hallazgos en estudios de neuroimagen y evidencia longitudinal que evalúe el impacto del EMDR en la consolidación de las memorias reprocesadas y su relación con la prevención de recaídas. También se propone como línea prioritaria para futuras investigaciones la exploración de posibles biomarcadores de respuesta al tratamiento, todo ello puede favorecer el fortalecimiento del consenso dentro de la comunidad científica. En el ámbito clínico, resulta fundamental promover el acceso de los profesionales a una formación de calidad, que garantice la adquisición de contenidos actualizados y sustentados en la evidencia empírica más reciente, favoreciendo así una práctica psicológica basada en el rigor científico y la eficacia terapéutica. Del mismo modo, es necesario avanzar en la estandarización de algunos protocolos adaptados, con el fin de asegurar la coherencia metodológica y la validez de los resultados. Incluir estas limitaciones y controversias en el análisis no solo enriquece la discusión, sino que también permite situar al EMDR dentro de un marco comparativo más amplio y riguroso en el contexto de las terapias psicológicas basadas en la evidencia.

En síntesis, los hallazgos aquí analizados posicionan al EMDR como un tratamiento de primera línea para el trauma psicológico, cuya eficacia, seguridad y tolerancia están bien sustentadas. A la luz de la evidencia emergente, se anticipa que su aplicación continúe expandiéndose hacia otros dominios clínicos, marcando un cambio de paradigma en la psicoterapia basada en el reprocesamiento de las memorias y una visión transdiagnóstica de las experiencias adversas, como un contribuyente a los diferentes trastornos y/o diferentes comorbilidades asociadas.

Conflicto de Intereses

Los autores no presentan conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos reconocer la financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, en el marco del Proyecto de Investigación y Desarrollo PID2020-115003RB-I00.

Referencias

- Abel, N. J., y O'Brien, J. M. (2010). EMDR treatment of comorbid PTSD and alcohol dependence: A case eExample. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 50–59. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.2.50>
- Amann, B., Valiente, A., Moreno, A., Santed, M., y González, A. (2023). *Documento sobre evidencia científica de la terapia EMDR* (2.ª ed., pp. 8–13). Asociación EMDR España.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2017). Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- Armstrong, M. S., y Vaughan, K. (1996). An orienting response model of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(1), 21–32. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(95\)00056-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(95)00056-9)
- Baddeley A., y Hitch, G. (1974). *Working memory, in the psychology of learning and motivation: Advances in research and theory*. Academic Press.
- Baek, J., Chae, J. H., y Jeong, J. (2019). The neurobiological mechanisms of EMDR in animal models: The role of eye movements and memory processing. *Frontiers in Psychology*, 10, 679. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00679>
- Barrowcliff, A. L., Nicola, S. G., Tom, C. A., and Malcolm, J. (2004). Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *J. Forensic Psychiatry Psychol.* 15, 325–345. <https://doi.org/10.1080/14789940410001673042>
- Breslau, N. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 81. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830130087016>
- Born, J., Rasch, B., y Gais, S. (2006). Sleep to remember. *The Neuroscientist: A Review Journal Bringing Neurobiology, Neurology and Psychiatry*, 12(5), 410–424. <https://doi.org/10.1177/1073858406292647>
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., y Joseph, S. (2022). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder: Revisited. *Psychological Review*, 129(1), 17–42. <https://doi.org/10.1037/rev0000323>
- Centonze, D., Siracusano, A., Calabresi, P., y Bernardi, G. (2005). Removing pathogenic memories: A neurobiology of psychotherapy. *Molecular Neurobiology*, 32(2), 123–132. <https://doi.org/10.1385/MN:32.2:123>
- Contreras, A. (2025). La traumatización y sus consecuencias: Un enfoque sistémico para comprender y tratar los trastornos traumáticos. Imaya Editorial.
- de Roos, C., Veenstra, A. C., de Jongh, A., den Hollander-Gijsman, M., van der Wee, N. J., Zitman, F. G., y van Rood, Y. R. (2010). Treatment of chronic phantom limb pain using a trauma-focused psychological approach. *Pain Research & Management*, 15(2), 65–71. <https://doi.org/10.1155/2010/981634>
- Dorahy MJ, Brand BL, Şar V, et al. Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014;48(5):402-417. <https://doi.org/10.1177/0004867414527523>
- Elofsson, U. O., von Schëele, B., Theorell, T., y Söndergaard, H. P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 622–634. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.05.012>
- Else, J. W. B., y Kindt, M. (2017). Tackling maladaptive memories through reconsolidation: From neural to clinical science. *Neurobiology of Learning and Memory*, 142(Pt A), 108–117. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2017.03.007>
- Faretta, E., Borsato, T., Pozzi, M., y Dal Farra, F. (2021). EMDR and neuroplasticity: Evidence from psychotrauma treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(4), 209–220.
- Flory, J. D., y Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 141–150. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory>
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., y Cohen, J. A. (Eds.). (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Gerhardt, A., Leisner, S., Hartmann, M., Janke, S., Seidler, G. H., Eich, W., y Tesarz, J. (2016). Eye movement desensitization and reprocessing vs. treatment-as-usual for non-specific chronic back pain patients with psychological trauma: A randomized controlled pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 201. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00201>
- Germain A. (2013). Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: where are we now?. *The American Journal of Psychiatry*, 170(4), 372–382. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12040432>
- Gold, S. D., Marx, B. P., Soler-Baillo, J. M., y Sloan, D. M. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress?. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(6), 687–698. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.06.002>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., y Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior*, 5(6), e00342. <https://doi.org/10.1002/brb3.342>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Ostacoli, L., Liebermann, P., y Hofmann, A. (2017). The AIP model of EMDR therapy and pathogenic memories. *Frontiers in Psychology*, 8, 1578. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01578>
- Hase, M., Schallmayer, S., y Sack, M. (2008). EMDR Reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, posttreatment, and 1-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 170 - 179. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.170>

- Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Schneider, W., y cols. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as an adjunctive treatment of unipolar depression – A controlled study. *Journal of EMDR Practice and Research* 8, 103–112. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.8.3.103>
- Hudays, A., Gallagher, R., Hazazi, A., Arishi, A., y Bahari, G. (2022). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive behavior therapy for treating post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16836. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416836>
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., y Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 394–404. <https://doi.org/10.1037/a0031474>
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., y Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184–1190. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1184>
- Jarero, I., y Lucina, A. (2022, April 16). Conceptualización teórica sobre el trauma agudo y el estrés traumático continuado basada en el modelo del SPIA. *Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation*, p. Vol. 10. Number 1, 2018. ISSN: 2007-8544. ISSN: 2007-8544
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., y Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 789–796. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.789>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., y Amann, B. L. (2018). How does eye movement desensitization and reprocessing therapy work? A systematic review on suggested mechanisms of action. *Frontiers in Psychology*, 9, 1395. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>
- Landin-Romero, R., Novo, P., Vicens, V., McKenna, P. J., Santet, A., Pomarol-Clotet, E., Salgado-Pineda, P., Shapiro, F., y Amann, B. L. (2013). EMDR therapy modulates the default mode network in a subsyndromal, traumatized bipolar patient. *Neuropsychobiology*, 67(3), 181–184. <https://doi.org/10.1159/000346654>
- Lee, C. W., y 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>
- Lee, C. W., Taylor, G., y Drummond, P. D. (2006). The active ingredient in EMDR: is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(2), 97–107. <https://doi.org/10.1002/cpp.479>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., y Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1729633. <https://doi.org/10.1080/2008198.2020.1729633>
- Maddox, S. A., Hartmann, J., Ross, R. A., y Ressler, K. J. (2019). Deconstructing the Gestalt: Mechanisms of Fear, Threat, and Trauma Memory Encoding. *Biological Psychiatry*, 85(9), 732–741. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.10.015>
- Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Ali, S., y Delgadillo, J. (2018). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), e10–e18. <https://doi.org/10.1002/cpp.2120>
- Matthijssen, S. J. M. A., Lee, C. W., de Roos, C., Barron, I. G., Jarero, I., Shapiro, E., Hurley, E. C., Schubert, S. J., Baptist, J., Amann, B. L., Moreno-Alcázar, A., Tesarz, J., y de Jongh, A. (2020). The current status of EMDR therapy, specific target areas, and goals for the future. *Journal of EMDR Practice and Research*, 14(4), 241–284. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00039>
- Mavranzeouli, I., Megnin-Viggars, O., Grey, N., Bhutani, G., Leach, J., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Katona, C., El-Leithy, S., Greenberg, N., Stockton, S., y Pilling, S. (2020). Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *PLoS One*, 15(4), e0232245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232245>
- McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69(11), 1151–1160. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>
- Moore, L. H., 3rd, y Grubbs, J. B. (2021). Gambling Disorder and comorbid PTSD: A systematic review of empirical research. *Addictive Behaviors*, 114, 106713. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106713>
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-traumatic stress disorder. *NICE Guideline*, 116. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Neuner, F., et al. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatic stress disorders: A randomized controlled trial in refugee camps. *JAMA*, 302(5), 552–560.
- Nieuwenhuis, S., Elzinga, B. M., Ras, P., Berends, F., Duijs, P., Samara, Z., y Slagter, H. A. (2013). Bilateral saccadic eye movements and tactile stimulation, but not auditory stimulation, enhance memory retrieval. *Brain and Cognition*, 81(1), 52–56. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2012.10.003>
- Novo, P., Landin-Romero, R., Radua, J., Vicens, V., Fernandez, I., Garcia, F., Pomarol-Clotet, E., McKenna, P. J., Shapiro, F., y Amann, B. L. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatic events: A randomized, controlled pilot-study. *Psychiatry Research*, 219(1), 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.012>
- Özdel, K., Kart, A., y Türkçapar, M. H. (2021). Cognitive behavioral therapy in treatment of bipolar disorder. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 58(Suppl 1), S66–S76. <https://doi.org/10.29399/npa.27419>
- Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K., Ruf, M., Goder, R., Elbert, T., Rosentraeger, R., Robjant K., Aldenhoff, J., y Seeck-Hirschner, M. (2014). Evaluation of Narrative Exposure Therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid posttraumatic stress disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 11(4), pp. 108–117. ISSN 1724-4935
- Pagani, M., Amann, B. L., Landin-Romero, R., y Carletto, S. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing and slow wave sleep: A putative mechanism of action. *Frontiers in Psychology*, 8, 1935. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01935>
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., Russo, R., Niolu, C., Ammaniti, M., Fernandez, I., y Siracusano, A. (2012). Neurobiological correlates of EMDR monitoring - an EEG study. *PLoS One*, 7(9), e45753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045753>
- Pagani, M., Carletto, S., Cavallo, M. (2021). Neuroimaging in PTSD-Related Psychotherapies. In: Dierckx, R.A., Otte, A., de Vries, E.F.J., van Waarde, A., Sommer, I. E. (eds). *PET and SPECT in psychiatry*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-57231-0_12
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. London: Oxford University Press.

- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., y Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 456–465. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010>
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., y Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635–641. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>
- Purtle, J., y Lewis, M. (2017). Mapping “trauma-informed” legislative proposals in U.S. Congress. *Administration and Policy in Mental Health*, 44(6), 867–876. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0799-9>
- Rousseau, P. F., El Khoury-Malhame, M., Reynaud, E., Zendjidian, X., Samuelian, J. C., y Khalfa, S. (2019). Neurobiological correlates of EMDR therapy effect in PTSD. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(2), 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.07.001>
- Santaracchi, E., Bossini, L., Vatti, G., Fagiolini, A., La Porta, P., Di Lorenzo, G., Siracusano, A., Rossi, S., y Rossi, A. (2019). Psychological and brain connectivity changes following trauma-focused CBT and EMDR treatment in single-episode PTSD patients. *Frontiers in Psychology*, 10, 129. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00129>
- Scharff, A., Ortiz, S. N., Forrest, L. N., y Smith, A. R. (2021). Comparing the clinical presentation of eating disorder patients with and without trauma history and/or comorbid PTSD. *Eating Disorders*, 29(1), 88–102. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642035>
- Schauer, M., Neuner, F., y Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders* (2nd ed.). Hogrefe.
- Schincariol, A., Orrù, G., Otgaar, H., Sartori, G., y Scarpazza, C. (2024). Posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence: An umbrella review. *Psychological Medicine*, 54(15), 1–14. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291724002319>
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., y Shapiro, F. (2008). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine*, 9(1), 76–82. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00299.x>
- Sepehry, A. A., Lam, K., Sheppard, M., Guirguis-Younger, M., y Maglio, A.-S. (2021). EMDR for depression: A meta-analysis and systematic review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(1), 2–17. <https://doi.org/10.1891/emdr-d-20-00038>
- Shalev, A. Y., Friedman, M. J., Foa, E. B., y Keane, T. M. (2000). Integration and summary. En E. B. Foa, T. M. Keane, y M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 359–379). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (1989). Eficacia del procedimiento de desensibilización por movimientos oculares en el tratamiento de recuerdos traumáticos. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Shapiro, F. (1994). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001) *EMDR (Desensibilización y procesamiento por medio de movimiento ocular)*. Ed. México Pax.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68–87. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.1.2.68>
- Shapiro F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71–77. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-098>
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures* (3rd ed.). Guilford Press.
- Solomon, R. W., y Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315–325. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>
- Stickgold, R. (2002). EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 61–75. <https://doi.org/10.1002/jclp.1129>
- Stickgold, R., y Wehrwein, P. (2009). Sleep now, remember later. *Newsweek*, 153(17), 56–57.
- Suzuki, A., Josselyn, S. A., Frankland, P. W., Masushige, S., Silva, A. J., y Kida, S. (2004). Memory reconsolidation and extinction have distinct temporal and biochemical signatures. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 24(20), 4787–4795. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5491-03.2004>
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Varker T., Jones K.A., Arjmand H., Hinton M., Hiles S., Freijah I., Forbes D., Kartal D., Phelps A., Bryant R., McFarlane A., Hopwood M., O'Donnell M. (2021). Dropout from guideline-recommended psychological treatments for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100093. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100093>
- Verger, A., Rousseau, P. F., Malbos, E., Chawki, M. B., Nicolas, F., Lançon, C., Khalfa, S., y Guedj, E. (2020). Involvement of the cerebellum in EMDR efficiency: A metabolic connectivity PET study in PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1767986. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1767986>
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., y Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), e541–e550.
- Wilensky, M. (2006). EMDR as a treatment of phantom limb pain. *Journal of Brief Therapy*, 5, 31–44.
- Wilson, D. L., Silver, S. M., Covi, W. G., y Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(3), 219–229. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(96\)00026-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(96)00026-2)
- World Health Organization (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress.
- 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., Olf, M., Ostacoli, L., Seedat, S., y Sijbrandij, M. (2024). EMDR v. other psychological therapies for PTSD: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*, 54(8), 1580–1588. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003446>
- Yan, C.-G., Chen, X., Li, L., Castellanos, F. X., Bai, T.-J., Bo, Q.-J., Cao, J., Chen, G.-M., Chen, N.-X., Chen, W., Cheng, C., Cheng, Y.-Q., Cui, X.-L., Duan, J., Fang, Y.-R., Gong, Q.-Y., Guo, W.-B., Hou, Z.-H., Hu, L., y Kuang, L. (2019). Reduced default mode network functional connectivity in patients with recurrent major depressive disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(18), 9078–9083. <https://doi.org/10.1073/pnas.1900390116>
- Zhu, X., Helpman, L., Papini, S., Schneier, F., Markowitz, J. C., Van Meter, P. E., Lindquist, M. A., Wager, T. D., y Neria, Y. (2017). Altered resting state functional connectivity of fear and reward circuitry in comorbid PTSD and major depression. *Depression and Anxiety*, 34(7), 641–650. <https://doi.org/10.1002/da.22594>

Article

EMDR Interventions for Acute Stress: A Systematic Review

Yolanda Ballesteros¹ , Hannah Antonia Fiebach² , Almudena Trucharte^{1,3} ,
Alba Contreras⁴  y Carmen Valiente¹ 

¹Department of Personality, Assessment and Clinical Psychology, University Complutense of Madrid, Madrid (Spain)

²Fachbereich Psychologie, Justus-Liebig-Universität, Gießen (Germany)

³Department of Psychology, Faculty of Science, The University of Sheffield, Sheffield (United Kingdom)

⁴Department of Psychobiology and Methodology of Behavioural Sciences, University of Málaga, Málaga (Spain)

ARTICLE INFO

Received: 05/08/2025
Accepted: 12/10/2025

Keywords:

EMDR
Early interventions
Acute trauma
PTSD
Emergency settings
Clinical effectiveness
Adapted protocols
Systematic review

ABSTRACT

This systematic review analyzes the available empirical evidence on the efficacy of early interventions based on Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) applied to adults within three months of exposure to potentially traumatic events. We included 14 studies with diverse methodological designs, using abbreviated versions of the standard protocol and specific adaptations in diverse contexts (such as sexual violence, terrorism, natural disasters, armed conflicts, medical hospitalization and workplace violence). Overall, the results show a significant reduction in symptoms of post-traumatic stress disorder and psychological distress after the intervention. The dissociative symptoms were only addressed in one study. Although clearly conditioned by the difficulties inherent in research in emergency contexts, the methodological quality of the studies was mostly low, due to limited randomization, small sample sizes, and short follow-up periods. Despite these limitations, the findings suggest that EMDR protocols adapted for acute stress could be a promising alternative. The need for more rigorous controlled studies, with greater statistical power and longitudinal follow-up, is underlined to validate their efficacy and optimize their implementation in clinical and community contexts.

Intervenciones de EMDR Para Estrés Agudo: Una Revisión Sistemática

RESUMEN

Esta revisión sistemática analiza la evidencia empírica disponible sobre la eficacia de intervenciones tempranas basadas en Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) aplicadas a adultos dentro de los tres meses posteriores a la exposición a eventos potencialmente traumáticos. Se incluyeron 14 estudios con diseños metodológicos diversos, que emplearon versiones abreviadas del protocolo estándar y adaptaciones específicas en contextos diversos (como violencia sexual, terrorismo, desastres naturales, conflictos bélicos, hospitalización médica y violencia laboral). En general, los resultados muestran una reducción significativa de síntomas de trastorno de estrés postraumático y distrés psicológico tras la intervención. El abordaje de los síntomas disociativos solo lo realizó un estudio. Aunque claramente condicionado por las dificultades inherentes a investigar en contextos de emergencia, la calidad metodológica de los estudios fue en su mayoría baja, debido a la limitada aleatorización, tamaños muestrales reducidos y breves periodos de seguimiento. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos sugieren que los protocolos de EMDR adaptados para estrés agudo podrían ser una alternativa prometedora. Se subraya la necesidad de estudios controlados más rigurosos, con mayor potencia estadística y seguimiento longitudinal, que permitan validar su eficacia y optimizar su implementación en contextos clínicos y comunitarios.

Palabras clave:

EMDR
Intervenciones tempranas
Trauma agudo
Tept
Contextos de emergencia
Eficacia clínica
Protocolos adaptados
Revisión sistemática

Cite as: Ballesteros, Y., Fiebach, H.A., Trucharte, A., Contreras, A. & Valiente, C. (2025). EMDR Interventions for acute stress: A systematic review. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 13-21. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45968>

Corresponding author: Hannah Antonia Fiebach hannah.fiebach@web.de

This article is published under Creative Commons License 4.0 CC-BY-NC

Introduction

Following exposure to a potentially traumatic event, individuals often experience a wide range of psychological responses. While many individuals demonstrate resilience and recover spontaneously without long-term consequences (Bonanno, 2004; Bonanno et al., 2011), a significant number of people develop acute psychological distress. If left untreated this may evolve into further psychopathology, such as depression, generalized anxiety disorder, substance use disorders, or dissociative symptoms (Brewin et al., 2000; McGuire et al., 2014).

In the acute phase following trauma, it is common to observe an intense clinical reaction known as Acute Stress Disorder (ASD). According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; APA, 2013), ASD is diagnosed when an individual has been exposed, directly or indirectly, to a potentially traumatic event (PTE) and exhibits at least nine symptoms across five categories within 3 days to 1 month after the exposure. Such symptoms include intrusion (e.g., recurrent, involuntary, and distressing memories or disturbing dreams related to the event), negative mood (e.g., persistent inability to experience positive emotions), dissociation (e.g., altered perceptions of reality, dissociative amnesia, or flashbacks), avoidance (e.g., efforts to avoid reminders of the trauma, such as thoughts, conversations, places, or people), and arousal (e.g., intense psychological distress or marked physiological reactions to trauma-related cues).

ASD might not only cause significant functional impairment in the short term, but it is also considered a key predictor of the later development of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). As evidenced by longitudinal studies, a substantial proportion of individuals with ASD develop PTSD in the absence of early intervention. (Bryant, 2011; National Center for PTSD, 2023). These findings highlight the importance of implementing early interventions following trauma exposure, which have gained increasing relevance as a key preventive strategy against PTSD and to reduce the risk of chronicity. The primary goal of such early interventions is to disrupt the consolidation of potentially dysfunctional memories after the PTE and thereby promote a more adaptive integration of the traumatic experience (McGaugh, 2004; Schauer et al., 2011).

To date, several international clinical guidelines, such as those of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018), the American Psychiatric Association (APA, 2017), and the World Health Organization (WHO, 2013), have recognized the effectiveness of various trauma-focused interventions for the treatment of PTSD, including Cognitive Processing Therapy (CPT), Prolonged Exposure (PE), and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

However, recommendations for their use in the acute phase trauma, namely in the management of ASD, are more limited and less consistent (Bisson et al., 2019; Phelps et al., 2022; VA/DoD, 2023). Some guidelines, such as those from Phoenix Australia (Phelps et al., 2022), recommend trauma-focused cognitive-behavioral interventions within the first three months following the event. However, they do not provide a strong recommendation for the use of EMDR during this phase due to the lack of robust evidence in early intervention contexts. Similarly, the guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS;

Bisson et al., 2019) acknowledge the efficacy of EMDR for treating PTSD but do not issue clear recommendations or include it among the suggested interventions for managing ASD or in the immediate weeks after trauma exposure. Likewise, the U.S. Department of Veterans Affairs and Department of Defense Clinical Practice Guideline (VA/DoD, 2023), one of the most recent and detailed guidelines, does not include EMDR among the recommended interventions for the treatment of ASD. Specifically, it recommends only trauma-focused cognitive-behavioral therapy as an intervention for managing ASD and as a preventive strategy to reduce the risk of subsequent PTSD (VA/DoD, 2023, p. 56). This position is based on a systematic review of the scientific evidence conducted using the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation framework, which evaluates the quality of evidence and the strength of clinical recommendations, concluding that, to date, there is insufficient high-quality evidence to support the use of EMDR in acute post-traumatic phases. In contrast, the same guideline issues a strong recommendation for the use of EMDR in the treatment of established PTSD, ranking it at the same level as CPT and PE (VA/DoD, 2023, p. 67).

The Phoenix Australia guideline (Phelps et al., 2022) adopts a more nuanced perspective on early psychological interventions. It differentiates between *universal interventions*, aimed at all individuals exposed to a potentially traumatic event, and *indicated interventions*, focused on those already presenting post-traumatic symptoms. Regarding *universal interventions*, it issues a conditional recommendation against the use of psychological debriefing, whether individual or group-based, suggesting instead the provision of information, emotional support, and practical assistance (Phelps et al., 2022). With respect to *indicated interventions* for individuals already presenting ASD symptoms, the guideline strongly recommends a stepped-care model and conditionally favors both trauma-focused cognitive-behavioral therapy and brief EMDR (one to three sessions) (Phelps et al., 2022).

As the current literature is tentative, it underscores the need for more rigorous clinical research to evaluate the effectiveness of EMDR protocols specifically adapted for acute trauma. In this line, it is worth highlighting that several modifications of the standard protocol have been developed for use within the first hours, days, or weeks following a traumatic event. These include the EMDR Protocol for Recent Critical Incidents (EMDR-PRECI; Jarero et al., 2015; Jarero et al., 2011) designed for immediate individual interventions after recent traumatic events; the EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress (EMDR-IGTP-OTS; Jarero & Artigas, 2016) aimed at contexts of mass or prolonged trauma; and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP; Shapiro and Laub, 2008) which focuses on individual interventions for recent trauma with greater structural containment. Although some preliminary studies have shown promising results regarding the effectiveness of these protocols in the context of recent trauma, their clinical application still lacks sufficient empirical support to be systematically integrated into official guidelines (Phelps et al., 2022; VA/DoD, 2023).

Therefore, the present systematic review aims to comprehensively examine the available evidence on the application of EMDR in the early stages, that is, less than 3 months following a PTE. While previous systematic reviews have assessed the efficacy of EMDR

as an early intervention (Torres-Giménez et al., 2024), to date, no previous studies provide an in-depth analysis of the specific characteristics of EMDR-derived protocols adapted for the acute post-trauma stage. In this sense, we aimed to systematically review empirical studies that include any adaptation of the EMDR protocol for different types of recent PTE, with a particular focus on protocol characteristics, context of application, and associated clinical outcomes. The findings of this review are expected to provide greater clarity on the role of EMDR as an early intervention tool, identify research gaps, and contribute to improving clinical and public health strategies and knowledge aimed at mitigating the psychological impact of recent traumatic events.

Method

This systematic review was conducted following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines (Moher et al. 2009).

Eligibility Criteria

We included studies that met the following criteria: (1) Included human adults participants exposed to a potentially traumatic event (PTE); (2) Evaluated an early EMDR intervention (standard or adapted EMDR-based protocol) delivered within three months after the traumatic exposure; (3) Reported quantitative outcomes on either PTSD or ASD, anxiety, or acute stress symptoms. Studies were excluded if they: (1) lacked quantitative results or only reported qualitative findings; (2) were not written in English, German or Spanish; (3) did not provide full-text access. Other systematic reviews and meta-analyses were excluded. Given that this study aimed to provide a comprehensive synthesis of existing early EMDR protocols applied within the acute phase following trauma, no restrictions were imposed on the type of traumatic event, study design, or population characteristics.

Search Strategy and Information Resources

A systematic search was conducted in PubMed and PsycINFO databases. Filters were applied to limit results to peer-reviewed scientific articles published between 2000 and 2025. Additionally, manual reference checks and complementary searches through Google Scholar were performed to ensure the inclusion of all potentially relevant studies. The full search strategies were:

Pubmed. (((((((((((early[Title/Abstract]) OR (acute[Title/Abstract])) AND (post-traumatic stress[Title/Abstract])) OR (stress disorder[Title/Abstract])) OR (trauma*[Title/Abstract])) OR (acute trauma[Title/Abstract])) OR (acute stress[Title/Abstract])) OR (acute stress disorder[Title/Abstract])) OR (stress[Title/Abstract])) OR (acute posttraumatic[Title/Abstract])) AND (EMDR"[Title/Abstract]) OR (eye movement desensitization[Title/Abstract] AND reprocessing[Title/Abstract])) OR (eye movement desensitization reprocessing[Title/Abstract])))

PsycINFO. abstract((early OR acute) AND ("post-traumatic stress" OR "stress disorder" OR trauma* OR "acute trauma" OR "acute stress" OR "acute stress disorder" OR stress OR "acute posttraumatic")) AND ("EMDR" OR "eye movement desensitization and reprocessing" OR "eye movement desensitization reprocessing"))

Study Selection

After removing duplicates, three reviewers (AT, CV and HF) independently screened the titles and abstracts of all retrieved records. In a first stage, studies meeting inclusion criteria or those with insufficient information for a clear decision were advanced to the second stage consisting of a full-text review. Any disagreements were resolved through discussion and consensus.

Data Extraction and Synthesis

Four reviewers (AC, CV, HF, and YB) independently extracted the following data from each included study: (1) authors and year of publication; (2) country; (3) study design: type, arms, groups; (4) sample characteristics: size, gender, age; type of trauma; (5) outcomes assessed: PTSD, Distress, Dissociation; (6) intervention details: name of intervention, delivery format (individual vs. group; in-person vs. online); length in weeks (time passed during study participation), number of sessions, duration of sessions in minutes.

Due to the heterogeneity of interventions, study designs, and outcome measures, a narrative synthesis of findings was conducted rather than a meta-analysis.

Quality Assessment and Risk of Bias

Two reviewers (HF and AT) independently assessed the risk of bias for all included studies. We used the revised Cochrane tool for assessing risk of bias in randomised trials (RoB-2) (Sterne et al., 2019). RoB-2 evaluates five domains of bias: (1) bias arising from the randomization process, (2) bias due to deviations from the intended intervention, (3) bias due to missing outcome data, (4) bias in outcome measurement, and (5) bias in the selection of the reported result. Although RoB-2 is a robust tool for assessing the risk of bias, it does not directly account for aspects such as statistical power analysis or sample size, which are important for evaluating the methodological quality and robustness of the findings, thereby ensuring greater reliability, validity, and generalizability. For this reason, we added an additional domain: (6) power analysis or $N \geq 50$ (adequate if a power analysis was reported and/or if at least 50 participants were included in the analysis). RoB-2 categorizes results into three levels: low risk (+), high risk (−), and some concerns (!). In our case, each criterion was scored as 0 (high risk of bias), 1 (low risk of bias), or 0.5 (some concerns). This approach allowed us to calculate a summation score for each study, providing an overview of its methodological quality. For the additional criterion power analysis or $N \geq 50$, we assigned 1 if both aspects were met, 0.5 if only one was met, and 0 if neither was present. Studies were rated as high quality when five or six criteria were fulfilled (low overall risk of bias), moderate quality when three or four criteria were fulfilled (moderate risk of bias), and low quality when two or fewer criteria were met (high overall risk of bias). It is important to note that the category some concerns indicates potential issues that might affect the results, but not to an extent that would justify classifying the study as high risk of bias. Therefore, while the total score offers a general overview of methodological quality, it is still crucial to consider the distribution of scores across the different domains for a more nuanced interpretation.

Results

Study Selection

The flow of studies through the study selection phases is shown in [Figure 1](#). A total of 14 articles were included in this systematic review.

Data Extracted

All detailed information extracted from the included studies are depicted in [Table 1](#).

Year of Publication and Country

The search yielded 14 studies published between 2006 and 2023, from Europe (France, Netherlands, United Kingdom, Italy), America (Mexico, United States), and Oceania (Australia).

Study Design

The 14 studies employed diverse methodological designs, including 4 randomized controlled trials (RCT that is, studies in which participants are randomized to at least one experimental group and one control group), 6 pre-post studies (three of them without control group and the remaining three without randomization of participants to groups); 2 case studies and 2 retrospective studies.

Sample Characteristics

The total sample studied in this systematic review is 1,090 participants, ranging from 1 case study with 1 participant ([Wesson et al., 2009](#)), 7 studies with a sample size of less than 50,

and 5 studies with a sample size bigger than 50 participants ([Covers et al., 2021](#); [Gil-Jardiné et al., 2018](#); [Kutz et al. 2008](#); [Morris et al., 2023](#); [Saltini et al., 2017](#); [Tarquinio et al., 2016](#)).

In most studies, the samples included both men and women, although some studies had predominantly female participants (e.g., [Tarquinio et al., 2012](#); [Tarquinio et al., 2020](#)) and one study presents four case studies with men ([Russell, 2006](#)). Regarding the age of the participants, although all are adults, the results vary widely across different age groups, as we found participants ranging from 18 to 80 years old.

The types of trauma addressed were diverse and included medical hospitalization ([Brennstuhl et al., 2022](#); [Gil-Jardiné et al., 2018](#)); sexual violence ([Covers et al., 2021](#); [Tarquinio et al., 2012](#)), potentially traumatic events witnessed in the workplace such as violence ([Morris et al., 2023](#); [Tarquinio et al., 2016](#)) or frontline professionals witnessing a massacre ([Jarero et al. 2012](#); [2013](#); [Tarquinio et al., 2020](#)); terrorism and accidents ([Kutz et al., 2008](#)), war situations ([Russell, 2006](#); [Shapiro et al., 2015](#); [Wesson et al., 2009](#)), or natural disasters ([Saltini et al., 2017](#)).

EMDR Intervention Details

The systematic review identified several EMDR intervention modalities, a great number of interventions were adapted to recent events or specific contexts. Firstly, five studies used R-TEP, an EMDR protocol specifically designed for recent traumatic episodes ([Covers et al., 2021](#); [Gil-Jardiné et al., 2018](#); [Morris et al., 2023](#); [Saltini et al., 2017](#); [Shapiro et al., 2015](#)). In addition, two protocols focused on early interventions after critical incidents, such as EMDR-PRECI and EMDR-PROPARGA, are also used in two studies ([Jarero et al., 2012](#) and [Jarero et al., 2013](#), respectively). The review also shows the existence of two studies that apply URG-EMDR (Urgent EMDR) and two others that apply EMDR-RE (Recent Events), both protocols used in hospital and work settings for rapid post-event interventions. Finally, two studies apply an abbreviated standard EMDR protocol administered in a single session or two sessions ([Brennstuhl et al., 2022](#); [Kutz et al., 2008](#); [Russell 2006](#)).

In terms of delivery methods, most interventions were conducted individually and in person, although one study reports applications in a group format ([Morris et al., 2023](#)) or online ([Tarquinio et al., 2020](#)). The duration of the interventions ranged from a single session to a maximum of five sessions. The total participation time per study ranged from 1 week to 12 weeks, and the duration of the sessions was highly variable, from 30 minutes to 180 minutes, depending on the protocol applied and the nature of the traumatic event.

Outcomes Assessed and Results

The studies mainly evaluated symptoms of PTSD and psychological distress using standardized instruments such as the PCL-5, PCL-C, CAPS-5, SPRINT, and IES-R for PTSD; HADS for anxiety and depression, and SUDS to measure subjective distress. Only one study measured dissociation using the DTS.

The specific results of each intervention can be seen in [Table 2](#). Firstly, as shown in [Table 2](#), a total of 11 studies evaluated changes in PTSD symptoms following EMDR interventions. In most cases,

Figure 1
Flowchart of the Systematic Review Process

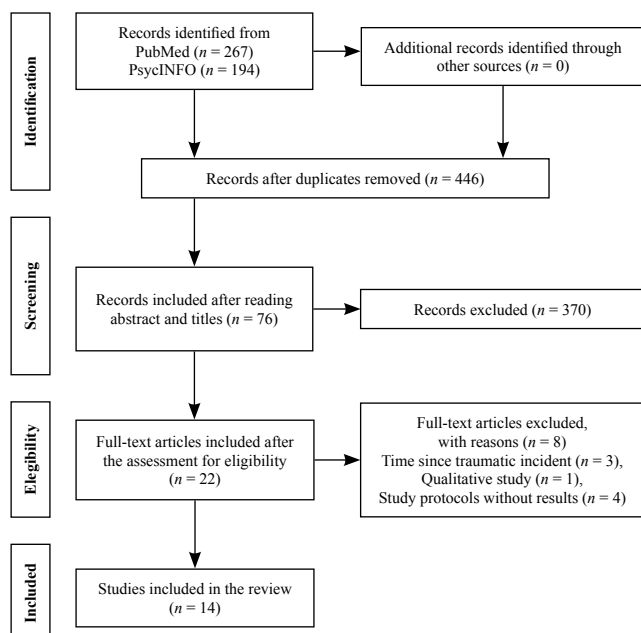


Table 1
Details of Included Studies in the Systematic Review

Authors (year), Country	Study Design		Sample characteristics				Outcomes			Intervention details				
	Type (arms)	Groups	N	Gender Man (%)	Age Mean (SD) [Range]	Type of trauma	PTSD	Distress	Disso- ciation	Name of intervention	Delivery format	Length in weeks	N° of sessions	Duration of sessions in mins
Brennstuhl et al. (2022), France	Pre-Post-FU (1)	-	21	10 (47.6)	45.1 (11.1)	COVID-19 Hospitalization	-	HADS ^a HADS ^d SUDS	-	Abbreviated EMDR	Individual, in person	1-2	4	60
Covers et al. (2021), Netherlands	RCT (2)	R-TEP TAU	57	1 (1.75)	25.81 (8.18)	Rape	CAPS-5 PCL-5	HADS ^a HADS ^d	DTS	R-TEP	Individual, in person	12	2	105
Gil-Jardiné et al. (2018), France	RCT (3)	Reassurance R-TEP TAU	130	14 (10.77)	(-)	Medical trauma	PCL-C	-	-	R-TEP	Individual, in person	1	1	60
Jarero et al. (2012), Mexico	Pre-Post-FU (2)	ITG DTG	32	16 (50.0)	-	Forensic work (massacre)	SPRINT	IES	-	EMDR-PRECI	Individual, in person	1	1	90-120
Jarero et al. (2013), Mexico	RCT (2)	EMDR-PROPARG SCG	39	20 (51.28)	[18-60]	First responders (massacre)	SPRINT	-	-	EMDR-PROPARG	Individual, in person	-	2	90
Kutz et al. (2008), Israel	Pre-Post-FU (1)	-	86	38 (44.19)	[18-81]	Terrorism/accident	-	SUDS	-	Single-Session EMDR	Individual, in person	1	1	30-60
Morris et al. (2023), Australia	Retrospective pre-post (2)	R-TEP G-TEP	80	21 (26.25)	-	Interpersonal workplace violence	PCL-5	SUDS	-	R-TEP G-TEP	Individual/group, in person/online	-	Up to 5 1	60-90 90-120
Russell (2006), USA	Case study, Pre-Post (-)	-	4	4 (100)	25.5 (4.51)	War	IES	BDI SUDS	-	Abbreviated EMDR	Individual, in person	1	1	-
Saltini et al. (2017), Italy	Retrospective review (2)	ET LT	529	96 (18.2)	46.4 (12.9)	Natural disaster	IES-R	-	-	R-TEP	Individual, in person	1	2-4	-
Shapiro et al. (2015), Israel	Pre-Post-FU (2)	ITG DTG	17	1 (5.88)	42.9 (10.5) 37.1 (14.7)	War	IES-R	PHQ-9	-	R-TEP	Individual, in person	1	2-4	90
Tarquinio et al. (2012), France	Pre-Post-FU (1)	-	17	0 (0)	32.2 (9.1)	Rape	IES	SUDS	-	URG-EMDR	Individual, in person	1	1	60-180 in most cases
Tarquinio et al. (2016), France	RCT (3)	EMDR-RE CISD DTG	60	12 (63.2) 14 (60.9) 10 (55.6)	35.3(6.7) 34.7(5.5) 33.4(5.6)	Work Violence	PCLS	SUDS	-	EMDR-RE	Individual, in person	1	1	90-120
Tarquinio et al. (2020), France	Pre-Post-FU (1)	-	17	0 (0)	33.2 (4.1)	Nurses working on COVID-19	-	HADS ^a HADS ^d SUDS	-	URG-EMDR	Individual, online	1	1	60-180 in most cases
Wesson et al. (2009), UK	Case study, Pre-Post-FU (-)	-	1	1(100)	27 (0)	War	PCL-C IES-R	HADS ^a HADS ^d BDI SUDS	-	EMDR-RE	Individual, in person	1	3	-

Note: N = sample size; SD = Standard Deviation; PTSD = Post Traumatic Stress Disorder; RCT = Randomized Controlled Trial; BDI = Beck Depression Inventory; CAPS-5 = Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5; CISD = Critical Incident Stress Debriefing; DTG = Delayed Treatment Group; DTS = Dissociation Tension Scale; EMDR-PRECI = Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Protocol for Recent Critical Incidents; EMDR-PROPARG = Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Protocol for Paraprofessional Use in Acute Trauma Situations; EMDR R-TEP = Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Recent Traumatic Episode Protocol; EMDR-RE = Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Recent Events protocol; ET = Early Treatment; FU = Follow-Up; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; HADSa / HADSd = Anxiety / Depression subscales of the Hospital Anxiety and Depression Scale; IES = Impact of Events Scale; IES-R = Impact of Event Scale – Revised; ITG = Immediate Treatment Group; LT = Late Treatment; MAC-RF = Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears; N = Sample Size; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; PCL-C = PTSD Checklist for DSM-IV-TR – Civilian Version; PCLS = PTSD Checklist – Stressor-Specific Version; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire – 9; SCG = Supportive counseling group; SD = Standard Deviation; SPRINT = Short PTSD Rating Interview; SUDS = Subjective Units of Disturbance Scale; TAU = Treatment As Usual; URG-EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Urgent Protocol.

Table 2*Results of Included Studies in the Systematic Review*

Author (year)	PTSD	Distress	Dissociation
Brennstuhl et al. (2022)	-	HADSa: * ↓ POST + FU, IG > control, HADSd: * ↓ POST + FU, IG > control SUDS: * ↓ POST + FU, IG > control	-
Covers et al. (2021)	CAPS-5: * ↓ POST + FU, IG = control PCL-5: * ↓ POST + FU, IG = control	HADSa: * ↓ POST + FU, IG > control (only POST), HADSd: * ↓ POST + FU, IG = control	DTS: * ↓ POST + FU, IG > control
Gil-Jardiné et al. (2018)	PCL-C: ↓ POST, IG > control	-	-
Jarero et al. (2012)	SPRINT: * ↓ POST + FU, IG > control	IES: * ↓ POST + FU, IG > control	-
Jarero et al. (2013)	SPRINT: * ↓ POST + FU, IG > control	-	-
Kutz et al. (2008)	-	SUDS: * ↓ POST + FU (FU only terrorism), IG > control	-
Morris et al. (2023)	PCL-5: * ↓ POST, IG > control	SUDS: * ↓ POST, IG > control	-
Russell (2006)	IES ↓ at POST	BDI ↓ at POST SUDS ↓ at POST	-
Saltini et al. (2017)	IES-R ↓ at POST IG = control	-	-
Shapiro et al. (2015)	IES-R * ↓ at POST IES-R = at FU IG > control	PHQ-9 * ↓ at POST PHQ-9 * ↓ at FU IG = control	-
Tarquinio et al. (2012)	IES * ↓ at POST IES * ↓ at FU	SUDS * ↓ at POST SUDS * ↓ at FU	-
Tarquinio et al. (2016)	PCLS * ↓ at POST PCLS * ↓ at FU IG > control	SUDS * ↓ at POST SUDS * ↓ at FU IG > control	-
Tarquinio et al. (2020)	-	HADSa * ↓ at POST HADSd * ↓ at POST SUDS * ↓ at POST HADSa * ↓ at FU HADSd * ↓ at FU SUDS * ↓ at FU	-
Wesson et al. (2009)	PCL-C ↓ at POST IES-R ↓ at POST PCL-C ↓ at FU IES-R ↓ at FU	HADSa ↓ at POST HADSd ↓ at POST BDI ↓ at POST SUDS ↓ at POST HADSa ↓ at FU HADSd ↓ at FU BDI = at FU SUDS ↓ at FU	-

Note: * = significant ($p < .05$); ↓ = reduction of symptoms; at POST = difference from pre to post evaluation; at FU = difference from post to follow-up evaluation; BDI = Beck Depression Inventory; CAPS-5 = Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5; DTS = Dissociation Tension Scale; EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing; FU = Follow-Up; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; HADSa = HADS – Anxiety subscale; HADSd = HADS – Depression subscale; IES = Impact of Events Scale; IES-R = Impact of Events Scale – Revised; IG = Intervention Group; MAC-RF = Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; PCL-C = PTSD Checklist for DSM-IV-TR – Civilian Version; PCLS = PTSD Checklist – Stressor-Specific Version; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire – 9; R-TEP = Recent Traumatic Episode Protocol; SPRINT = Short PTSD Rating Interview; SUDS = Subjective Units of Disturbance Scale

significant reductions in PTSD symptoms were observed after the intervention, while only four of them were compared to a control group. In addition, some studies found reductions in PTSD symptoms after the intervention, although the changes were not significant (Gil-Jardiné et al., 2018; Russell, 2006; Saltini et al., 2017; Wesson et al., 2009).

Secondly, 10 studies evaluated indicators of distress (usually with HADS, BDI, PHQ-9, or SUDS). In general, a significant

decrease in emotional distress was observed after the intervention in most studies, except in Russell, 2006, and Wesson et al. (2009). The most consistent reductions in HADS (anxiety and depression) were observed in Brennstuhl et al. (2022), Covers et al. (2021), and Tarquinio et al. (2020), both post and at follow-up. Using the PHQ-9, Shapiro et al. (2015) also showed significant reductions at follow-up (FU), while in Kutz et al. (2008), reductions were only maintained at FU in the group affected by terrorism.

Finally, only one study included a dissociation measure (DTS) and found a significant reduction post-intervention and follow-up, with the EMDR group outperforming the control group (Covers et al., 2021).

Risk of Bias Assessment

The included studies varied in terms of risk of bias (Table 3). While two studies achieved high quality, fulfilling five out of six criteria and therefore presenting a low overall risk of bias (e.i., Covers et al., 2021; Gil-Jardiné et al., 2018), the majority showed notable methodological limitations. Nine studies met two or fewer criteria and were therefore rated as low quality with a high overall risk of bias, while only three studies fulfilled three criteria, indicating moderate quality with some concerns. However, these results should be interpreted within the context of the current state of research on EMDR for acute stress. A substantial proportion of the included studies were not randomised controlled trials but rather case studies or preliminary protocols. Moreover, the very nature of these interventions, often delivered in situ during or immediately after emergencies and crises, makes implementing strict methodological criteria—such as randomization, blinding, or formal power analyses—challenging. In such settings, the priority is to provide timely psychological support, which inherently limits the feasibility of more rigid experimental designs. Therefore, the lower scores on certain methodological domains do not necessarily reflect poor quality but rather the exploratory and pragmatic character of this field, which is still in an early stage of development and lacks a sufficient number of large-scale randomised controlled trials. The observed risk of bias should thus be understood as a reflection of the emerging and context-dependent evidence base, rather than a definitive limitation of the intervention itself.

Table 3
Additional Information on Quality Assessment by Study

Authors (year)	1	2	3	4	5	6	Overall
Brennstuhl et al. (2022)	0	5	1	0	0	0	1.5
Covers et al. (2021)	1	1	1	1	1	5	5.5
Gil-Jardiné et al. (2018)	1	1	1	1	5	1	5.5
Jarero et al. (2012)	0	0	1	1	5	0	2.5
Jarero et al. (2013)	5	1	1	1	0	0	3.5
Kutz et al. (2008)	0	0	0	0	0	5	0.5
Morris et al. (2023)	0	0	0	5	5	0	1
Russell (2006)	0	5	0	0	0	0	0.5
Saltini et al. (2017)	0	5	0	0	0	5	1
Shapiro et al. (2015)	5	5	0	1	5	0	2.5
Tarquinio et al. (2012)	0	1	1	0	0	0	2
Tarquinio et al. (2016)	1	5	1	5	5	5	4
Tarquinio et al. (2020)	0	5	1	1	5	0	3
Wesson et al. (2009)	0	1	1	0	0	0	2

Note: Criteria for risk of bias assessment (first row): 1 = Randomization process; 2 = Deviations from intended interventions; 3 = Missing outcome data; 4 = Measurement of the outcome; 5 = Selection of the reported results; 6 = Adequate sample size (power analysis conducted and/or $N \geq 50$); Scoring: 1 = Low risk of bias (criterion fulfilled); 0 = High risk of bias (criterion not fulfilled); x = 0.5 = Some concerns (unclear or partially fulfilled). Overall = Number of fulfilled criteria (range: 0–6). Quality rating: high (5–6), moderate (3–4), low (0–2).

Discussion

The present systematic review aimed to evaluate the efficacy and applicability of early interventions based on EMDR for the treatment of acute stress following recent traumatic events. The findings from this review are encouraging, showing reductions in PTSD symptoms, general psychological distress, and to a lesser extent, dissociative symptoms. These results partially corroborate findings from recent meta-analytic evidence (Torres-Giménez et al., 2024), which reported small but consistent effects of early EMDR interventions on PTSD symptoms, showing greater symptom reduction compared to psychological first aid and psychological debriefing. These findings highlight the need for the field to move toward greater methodological standardization and rigor in early EMDR research. In this sense, Torres-Giménez et al. (2024) stress the importance of establishing consistent intervention protocols, clearly defining the populations that are most likely to benefit from early EMDR, and specifying core clinical outcomes that allow meaningful comparison across studies. Such standardization efforts would not only improve the comparability and cumulative value of future trials but also support the development of tailored early EMDR interventions that address diverse trauma contexts more effectively.

Considering the studies reviewed in this work, it is noteworthy that EMDR interventions adapted to acute trauma contexts appear to offer significant benefits in reducing PTSD and general psychological distress symptoms, consistent with previous research (Shapiro & Laub, 2015; Tarquinio et al., 2016). However, the studies included showed considerable heterogeneity regarding design, participant characteristics, types of trauma addressed, specific protocols applied, the number and duration of sessions, and measures used to evaluate outcomes, making definitive generalizations about the universal effectiveness of these interventions challenging.

Although the reviewed studies consistently showed reductions in symptomatology, there is a notable scarcity of studies specifically evaluating dissociative symptoms, despite their clinical relevance in acute post-traumatic phases (Covers et al., 2021). Dissociative symptoms, such as depersonalization and derealization, have been increasingly recognized for their significant clinical implications. The dissociative subtype of PTSD, characterized by these symptoms, has been associated with higher PTSD symptom severity, difficulties in emotional regulation, greater functional impairment, and worse treatment outcomes compared to non-dissociative PTSD (Deen et al., 2022; Guzman Torres et al., 2023). Given this clinical significance, future research should systematically evaluate dissociative symptoms to better understand their role in ASD and potential impacts on early treatment outcomes.

From a methodological standpoint, many studies presented significant limitations, such as small sample sizes, absence of randomization or of appropriate control groups, and short follow-up periods, affecting the overall quality of available evidence. Nevertheless, these limitations should be understood in the specific application context of early EMDR interventions, often conducted in critical situations, emergencies, or post-disaster contexts, where rigorous methodological designs are typically challenging to implement (Kutz et al., 2008; Tarquinio et al., 2020). Although methodologically limited, these studies demonstrate ecological validity since they are carried out in real contexts and in extreme situations.

While some guidelines recognize the potential efficacy of early EMDR, granting it a conditional recommendation (Phelps et al., 2022), others still exclude it due to limited evidence quality, emphasizing only trauma-focused cognitive-behavioral treatments (VA/DoD, 2023). Our results suggest that, although additional evidence is still needed, the early application of adapted EMDR protocols might offer a valid and potentially beneficial clinical alternative for managing acute stress, justifying its conditional inclusion in future guideline revisions.

Finally, it is crucial to underline the urgent need for more robust research, including randomized controlled trials with larger samples, diverse trauma types, and longer follow-up periods to definitively validate the effectiveness and safety of EMDR protocols in acute contexts. These studies will also allow the identification of the most effective protocol variants and exploration of key moderating factors such as the nature of the traumatic event, initial symptom severity, and presence of dissociation.

In terms of limitations and strengths, while significant heterogeneity in methodologies, limited sample sizes, and short follow-up periods restrict the generalizability and durability of findings, the present review provides a comprehensive synthesis of recent evidence, identifies critical research gaps, integrates international guidelines, and emphasizes the potential clinical utility of early EMDR interventions despite methodological challenges.

In conclusion, although the results of this systematic review provide initial positive evidence regarding the efficacy of EMDR in treating ASD, caution is warranted due to methodological variability and identified limitations. Continued rigorous research will be crucial in consolidating this therapeutic tool as an effective early intervention in clinical and community settings following traumatic events.

Conflict of Interest

The authors have no conflict of interest.

Acknowledgements

We like to acknowledge the funding from the Spanish Ministry of Science, Innovation, and Universities, within the framework of the R&D&I Project PID2020-115003RB-I00.

References

- American Psychiatric Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder*. APA Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T. K., Lewis, C., Monson, C. M., Olf, M., Pilling, S., Riggs, D. S., Roberts, N. P., & Shapiro, F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Methodology and development process. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 475–483. <https://doi.org/10.1002/jts.22421>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511–535. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
- Brennstuhl, M.-J., Tarquinio, P., Rydberg, J. A., Tarquinio, C. L., Peter, L., Rotonda, C., & Tarquinio, C. (2022). Treating COVID-19 patients with EMDR: A pilot study. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), Article 100276. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100276>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Bryant, R. A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(2), 233–239. <https://doi.org/10.4088/JCP.09r05072blu>
- Covers, M. L. V., de Jongh, A., Huntjens, R. J. C., de Roos, C., van den Hout, M., & Bicanic, I. A. E. (2021). Early intervention with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of post-traumatic stress symptoms in recent rape victims: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1943188. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943188>
- Deen, A., Biedermann, S. V., Lotzin, A., Krüger-Gottschalk, A., Dyer, A., Knaevelsrud, C., ... & Schäfer, I. (2022). The dissociative subtype of PTSD in trauma-exposed individuals: A latent class analysis and examination of clinical covariates. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2031591>
- Gil-Jardiné, C., Evrard, G., Al Joboory, S., Tortes Saint Jammes, J., Masson, F., Ribéreau Gayon, R., Galinski, M., Salmi, L. R., Revel, P., Régis, C. A., Valdenaire, G., & Lagarde, E. (2018). Emergency room intervention to prevent post concussion like symptoms and post traumatic stress disorder: A pilot randomized controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 229–236. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.024>
- Guzman Torres, E., Krause-Utz, A., & Sack, M. (2023). Predictors of complex PTSD: The role of trauma characteristics, dissociation, and comorbid psychopathology. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00208-7>
- Jarero, I., Artigas, L., & Lauber, M. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82–94. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.5.3.82>
- Jarero, I., Uribe, S., Artigas, L., & Givaudan, M. (2015). EMDR protocol for recent critical incidents: A randomized controlled trial in a technological disaster context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4), 166–173. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.4.166>
- Jarero, I., Artigas, L., & Uribe, S. (2013). EMDR individual protocol for paraprofessional use: A randomized controlled trial with first responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 55–64. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.2.55>
- Jarero, I., & Uribe, S. (2012). The EMDR protocol for recent critical incidents: Follow-up report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2), 50–61. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.6.2.50>
- Jarero, I., & Artigas, L. (2016). The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents (EMDR-PRECI): Application in a technological disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(4), 199–207. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.2.98>
- Kutz, I., Resnik, V., & Dekel, R. (2008). The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 190–200. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.190>

- McGaugh, J. L. (2004). The amygdala modulates the consolidation of memories of emotionally arousing experiences. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 1–28. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144157>
- McGuire, A. P., Gauthier, J. M., Anderson, L. M., Hollingsworth, D. W., Tracy, M., Galea, S., & Coffey, S. F. (2014). Social support moderates effects of natural disaster exposure on depression and posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 27(2), 205–211. <https://doi.org/10.1002/jts.21900>
- Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Work Group. (2023). VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder: Version 4.0. U.S. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Morris, H., Hatzikiriakidis, K., Dwyer, J., Lewis, C., Halfpenny, N., Miller, R., & Skouteris, H. (2023). Early intervention for residential out-of-home care staff using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(Suppl. 2), S456–S464. <https://doi.org/10.1037/tra0001418>
- National Center for PTSD. (2023). *Acute Stress Disorder (ASD) Factsheet*. U.S. Department of Veterans Affairs. <https://www.ptsd.va.gov/index.asp>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Post traumatic stress disorder (NICE guideline No. NG116). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Phelps, A. J., Lethbridge, R., Brennan, S., Bryant, R. A., Burns, P., Cooper, J. A., ... & Silove, D. (2022). Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(3), 230–247. <https://doi.org/10.1177/00048674211041917>
- Russell, M. C. (2006). Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi War. *Military Psychology*, 18(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327876mp1801_1
- Saltini, A., Rebecchi, D., Callera, C., Fernandez, I., Bergonzini, E., & Starace, F. (2017). Early Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) intervention in a disaster mental health care context. *Psychology, Health & Medicine*, 23(3), 285–294. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1344255>
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders* (2nd ed.). Hogrefe Publishing.
- Shapiro, E., & Laub, B. (2008). Early EMDR intervention (EEI): A summary, a theoretical model, and the recent traumatic episode protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 79–96. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.2.79>
- Shapiro, E., & Laub, B. (2015). Early EMDR intervention (EEI) following trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(1), 17–28. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.1.17>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., & Page, M. J. (2019). “RoB 2: A Revised Tool for Assessing Risk of Bias in Randomised Trials.” *BMJ (Clinical Research Ed.)* 366: 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>
- Tarquinio, C., Brennstuhl, M. J., Reichenbach, S., Rydberg, J. A., & Tarquinio, P. (2012). Early psychological intervention for rape victims: A pilot study of the EMDR Recent Event Protocol. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 219–226. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.05.001>
- Tarquinio, C., Brennstuhl, M.-J., Rydberg, J. A., Bassan, F., Peter, L., Tarquinio, C. L., Auxéméry, Y., Rotonda, C., & Tarquinio, P. (2020). EMDR in telemental health counseling for healthcare workers caring for COVID-19 patients: A pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(1), 3–10. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1818014>
- Tarquinio, C., Rotonda, C., Houllé, W. A., Montel, S., Rydberg, J. A., Minary, L., Dellucci, H., Tarquinio, P., Fayard, A., & Alla, F. (2016). Early psychological preventive intervention for workplace violence: A randomized controlled explorative and comparative study between EMDR recent event and critical incident stress debriefing. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(11), 787–799. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1224282>
- Torres-Giménez, Anna, et al. (2024). Efficacy of EMDR for early intervention after a traumatic event: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* 174, 73–83. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.04.019>
- U.S. Department of Veterans Affairs/Department of Defense. (2023). VA/DoD clinical practice guidelines: Management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder 2023. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>
- Wesson, M., & Gould, M. (2009). Intervening early with EMDR on military operations: A case study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 91–97. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.2.91>
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. <https://apps>

Revisión Narrativa

Intervenciones Grupales con los Protocolos de EMDR: Una Revisión Narrativa

Sandra Sanz¹ , Carmen Valiente¹  y Regina Espinosa^{2,3} 

¹Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid (España)

²Facultad HM de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid (España)

³Instituto de Investigación Sanitaria HM Hospitales, Madrid (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 07/08/2025

Aceptado: 26/10/2025

Palabras clave:

EMDR grupal

Trauma

Revisión narrativa

Reprocesamiento y desensibilización
por movimientos oculares

Protocolos EMDR

RESUMEN

La Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) es una de las intervenciones con mayor apoyo empírico de las terapias centradas en el trauma de las últimas décadas. Actualmente, contamos con protocolos que permiten la aplicación de EMDR en formato grupal. Este formato, aunque más reciente y por ello, menos estudiado, ha suscitado un interés creciente, con algunos estudios empíricos que avalan su efectividad en el tratamiento de las reacciones post-traumáticas. Este trabajo presenta una revisión narrativa sobre la aplicación del EMDR grupal, explorando los distintos protocolos existentes y sus aplicaciones en diversas poblaciones y problemáticas. Además, se valora la eficacia observada del EMDR grupal, basándose en estudios recientes y literatura especializada. Finalmente, se discuten las implicaciones prácticas, limitaciones y direcciones futuras de la investigación en este campo, proporcionando una guía para profesionales e investigadores interesados en terapias grupales innovadoras.

Group Interventions Using EMDR Protocols: A Narrative Review

ABSTRACT

The Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is one of the interventions with the greatest empirical support among trauma-focused therapies in recent decades. Currently, we have protocols that allow the application of EMDR in a group format. This format, although more recent and thus less studied, has a growing interest with some empirical studies supporting its effectiveness in the treatment of posttraumatic reactions. This paper presents a narrative review on the application of group EMDR, exploring the different existing protocols and applications in various populations and problems. Additionally, the observed efficacy of group EMDR is evaluated based on recent studies and specialized literature. Finally, the practical implications, limitations, and future directions of research in this field are discussed, providing a guide for professionals and researchers interested in innovative group therapies.

Keywords:

Group EMDR

Trauma

Narrative Review

Eye movement desensitization
and reprocessing

EMDR protocols

Introducción

La desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares, EMDR por sus siglas en inglés, es una de las intervenciones con mayor apoyo empírico de las terapias centradas en el trauma de las últimas décadas (Bisson y Olf, 2021). Esta intervención está avalada y recomendada como tratamiento para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) por varias guías clínicas en todo el mundo (por ejemplo, ISTSS, 2019; NICE, 2014; WHO, 2013). Además, estudios recientes han mostrado su eficiencia con relación al coste-beneficio en comparación con otros enfoques centrados en el trauma, como, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual (Mavranzouli y cols., 2020).

La terapia EMDR se basa en los principios del modelo de “Procesamiento adaptativo de la información” (PAI), que explica cómo el cerebro procesa la información y cómo ciertas vivencias potencialmente traumáticas pueden afectar este proceso (Shapiro, 2018). De acuerdo con este modelo, el cerebro posee una capacidad innata para procesar información de manera que pueda integrarse de forma adaptativa en nuestras redes de memoria. Sin embargo, en el caso de eventos traumáticos, este procesamiento puede verse alterado, resultando en recuerdos que no se integran adecuadamente y que pueden causar angustia psicológica (Shapiro, 2018). La particularidad de la terapia EMDR, a diferencia de otros enfoques que implican exposición y elaboración de una narrativa, es la incorporación de la estimulación bilateral de atención dual, generalmente, mediante movimientos oculares, para lograr el reprocesamiento y la integración de los recuerdos traumáticos dentro de las redes de memoria adaptativas del paciente (Shapiro, 2018).

El protocolo EMDR estándar incluye ocho fases estructuradas y en sus inicios estaba diseñado para su aplicación en formato individual. No obstante, actualmente, contamos con protocolos que permiten la aplicación grupal de la terapia EMDR, encontrando un interés creciente y diversos estudios empíricos que avalan su efectividad (Kaptan y cols., 2021). Estos protocolos surgen ante la necesidad de intervenir en situaciones donde una gran cantidad de personas requieren ayuda, como tras una guerra o un desastre natural o provocado por el ser humano, o situaciones como la pandemia de COVID-19. Desde el desarrollo del primer protocolo de terapia EMDR individual administrada en formato grupal, llamado Protocolo Grupal e Integrativo de Terapia EMDR (EMDR-IGTP, por sus siglas en inglés) desarrollado por el Dr. Ignacio Jarero, y la Profesora Lucina Artigas tras el Huracán Paulina en 1997 (Jarero y cols., 2008), se han desarrollado distintos protocolos adicionales para abordar una variedad más amplia de situaciones y atender a otras poblaciones, como, por ejemplo, personas con estrés traumático continuado o la intervención en grupos de niños y niñas. Estas adaptaciones no solo han mejorado la capacidad de respuesta inmediata, sino que también han proporcionado herramientas específicas para tratar diferentes tipos de trauma, asegurando que las intervenciones sean más efectivas y adecuadas para las necesidades de cada grupo afectado (Jarero y Artigas, 2009).

La presente revisión narrativa tiene como objetivo describir los diversos protocolos grupales de terapia EMDR, detallando sus características, metodología y objetivos. Además, evaluar la aplicación del EMDR grupal en distintas poblaciones y problemáticas, así como valorar la efectividad observada.

Método

Para esta revisión narrativa sobre la terapia de EMDR grupal, realizamos una búsqueda bibliográfica flexible en PubMed utilizando combinaciones de términos como “Group EMDR”, “EMDR group protocol” y “EMDR Group Protocol With Children”, lo que inicialmente arrojó 75 resultados.

Con el objetivo de mantener la heterogeneidad de resultados y dado que el único requisito era que se hubiese utilizado cualquier protocolo de EMDR grupal, no se aplicaron filtros adicionales. Este enfoque nos permitió considerar una variedad de estudios relevantes.

Tras una revisión preliminar basada en títulos, ajustamos la selección de los estudios a 13 estudios pertinentes, al excluir aquellos que no abordaban directamente la terapia grupal. Además, realizamos una búsqueda manual tras la lectura de algunas revisiones y artículos de referencia encontrados, lo que complementó nuestra búsqueda inicial. De forma paralela, efectuamos una búsqueda en la Francine Shapiro Library, centrándonos en publicaciones de revistas especializadas. Finalmente, se han incluido en esta revisión los hallazgos de 15 estudios que utilizaron alguno de los protocolos de EMDR grupal, incluyendo todos los publicados desde el año 2010 hasta el año 2024.

En los siguientes apartados, se describen los protocolos utilizados en los estudios analizados, así como las poblaciones sobre las cuales se han aplicado.

Resultados

En este apartado se presentan los principales hallazgos derivados de la revisión de los estudios que aplican protocolos de EMDR en formato grupal. Para facilitar su análisis, los resultados se organizan en tres bloques: en primer lugar, se describen los protocolos específicos utilizados en las intervenciones analizadas; a continuación, se detallan las poblaciones destinatarias y las problemáticas clínicas abordadas en cada estudio; y, por último, se ofrece una síntesis de los resultados obtenidos en términos de efectividad, atendiendo a las variables clínicas evaluadas en cada caso.

Protocolos de EMDR Grupal

Hasta la fecha, se han desarrollado cuatro protocolos grupales de terapia EMDR diferentes. Estos protocolos grupales implican diferentes adaptaciones de las ocho fases del protocolo estándar de la terapia EMDR (1. historia, 2. preparación, 3. evaluación, 4. desensibilización, 5. instalación, 6. escaneo corporal, 7. cierre y 8. reevaluación), en función de las necesidades del grupo que va a recibir la intervención.

Uno de los beneficios clave del EMDR grupal en comparación con otras terapias de esta modalidad terapéutica es que no se requiere compartir las vivencias personales con el grupo, lo que puede facilitar la participación de los miembros que se sienten incómodos al revelar detalles íntimos de sus experiencias. Esto permite un enfoque más inclusivo y accesible, asegurando que más individuos puedan beneficiarse de la terapia sin el temor a exponer públicamente sus traumas (Kaptan y cols., 2021). Por otro lado, los protocolos grupales de terapia EMDR son intensivos,

breves y se pueden administrar en días consecutivos, dos o tres veces al día, permitiendo maximizar los resultados y su eficiencia (Gutner y cols., 2016). Sin duda, esto es muy valioso en contextos donde los recursos son limitados o donde hay que dar servicio a gran cantidad de personas, con un número de psicólogos escaso en muchas ocasiones. A continuación, hacemos una breve descripción de los protocolos grupales identificados:

Protocolo Grupal e Integrativo de Terapia EMDR (EMDR-IGTP) (Jarero y cols., 2008)

Este protocolo está diseñado para niños, adolescentes y adultos y tiene como objetivo la reducción rápida de los síntomas tras un incidente crítico reciente. Se trata de un protocolo de intervención temprana que se implementa durante el periodo de seguridad postraumática (tiempo inmediatamente posterior a un evento traumático en el que no hay estresores traumáticos externos; Jarero y cols., 2013). Durante este periodo, la presencia de factores de protección facilita la integración adaptativa del evento traumático, promoviendo una recuperación más efectiva. Su aplicación se lleva a cabo en una o dos sesiones de 90 a 120 minutos y está diseñado para poder aplicarse en grupos de 4 hasta 150 participantes, permitiéndose la aplicación en catástrofes a gran escala y situaciones caóticas.

Incluye las 8 fases del protocolo estándar, con algunas modificaciones. Se caracteriza por incluir arteterapia a través del dibujo durante las fases 3 y 4 del protocolo para representar la memoria traumática, solicitando a los participantes que dibujen aquello que sienten al recordar el evento. Durante la fase 4 de desensibilización se realiza el Abrazo de la Mariposa como forma de estimulación bilateral autoadministrada (la persona cruza los brazos sobre el pecho y alterna suaves golpecitos con cada mano, imitando el aleteo de una mariposa; Jarero y Artigas, 2025a). En la fase 5 se incluye la visión a futuro (los participantes dibujan cómo se ven en el futuro y titulan sus dibujos). En la fase 6 se lleva a cabo el chequeo corporal. Cabe destacar que, a diferencia del protocolo estándar, no incluye el trabajo con cogniciones negativas, ni la instalación de cogniciones positivas en la fase 5, dado que el formato grupal dificulta la adaptación de este componente a las necesidades individuales de cada participante, ya que cada persona presenta creencias y niveles de procesamiento emocional diferentes.

Protocolo Grupal e Integrativo de Terapia EMDR Para Estrés Traumático Continuo (EMDR-IGTP-OTS, por sus Siglas en Inglés; Jarero y Artigas, 2017)

En este caso, el protocolo se desarrolla ante la necesidad de intervenir sobre aquellas poblaciones expuestas a sucesos estresantes/adversos mantenidos en el tiempo. Se considera que este tipo de experiencias requiere de un protocolo específico, puesto que en estos casos existe un mayor riesgo de TEPT y otras patologías comórbidas, en comparación con aquellos en los que se da un único evento traumático delimitado en el tiempo. Por lo tanto, este protocolo se centra en poblaciones que viven experiencias adversas prolongadas y continuadas en el tiempo, ya sean recientes, presentes o pasadas. Está diseñado para su aplicación a lo largo de 6 sesiones de una hora, también adaptado para grupos de hasta

150 integrantes. Al igual que el protocolo anterior, incluye las 8 fases del protocolo estándar, así como la parte de arteterapia (fases 3 y 4), el abrazo de la mariposa (fases 4, 5 y 6) y la visión a futuro (fase 5). Presenta algunos cambios respecto al protocolo anterior dentro de la fase 3 (evaluación), puesto que se pide a los participantes que desarrollen una película mental de todo el evento traumático, desde poco antes del inicio hasta el día de hoy e incluso a futuro. Por los mismos motivos antes descritos, tampoco incluye el trabajo con cogniciones negativas ni positivas. Hasta septiembre del año 2025, estos dos protocolos cuentan con 52 publicaciones en revistas académicas internacionales revisadas por pares (Jarero y Artigas, 2025b).

Protocolo Grupal de Episodios Traumáticos Recientes G-TAP (Shapiro, 2019)

Este protocolo es una adaptación simplificada del Protocolo de Episodios Traumáticos Recientes (R-TAP; Shapiro y Laub, 2014) que se desarrolló basado en las observaciones de la Dra. Francine Shapiro, de que los traumas recientes requieren de un abordaje diferente, ya que la memoria no dispone de tiempo suficiente para consolidarse en un todo integrado (Yurtsever, 2018). Por lo tanto, este protocolo se caracteriza por ser una intervención temprana, por lo que puede utilizarse para experiencias traumáticas recientes. En este caso, el protocolo está diseñado para trabajar con un máximo de unos 16 participantes adultos a lo largo de 4 sesiones con una duración de hasta 90 minutos.

El G-TAP presenta siete de las ocho fases del procedimiento estándar adaptadas al formato grupal. Se caracteriza por trabajar desde el inicio con procedimientos y medidas de contención y seguridad que incluyen la instalación del lugar seguro a través del abrazo de la mariposa (visualización de un entorno mental que genera calma y seguridad, facilitada mediante estimulación bilateral). Durante las fases 3 y 4 se siguen trabajando recursos de regulación y estabilización que incluyen memorias positivas del pasado y creencias positivas deseadas de sí mismos hacia el futuro, incluyendo la instalación de la creencia positiva en la fase 4. En contraposición al EMDR-IGTP y al EMDR-IGTP-OTS, el G-TAP usa movimientos oculares y *tapping* en la fase 4, dejando el abrazo de la mariposa tan solo para instalar recursos, no como estimulación bilateral durante el procesamiento. En comparación con el protocolo estándar y los protocolos EMDR-IGTP y EMDR-IGTP-OTS, se destaca la omisión del escaneo corporal en la fase 6.

Protocolo de EMDR Para el Tratamiento Grupal de Niños (Korkmazlar y cols., 2020)

Este protocolo comparte muchas similitudes con el EMDR-IGTP, ya que en ambos protocolos se elaboraron de acuerdo con los procedimientos del protocolo estándar EMDR y el modelo PAI (Korkmazlar y cols., 2020), incorporando en este caso adaptaciones para abordar las secuelas emocionales en niños expuestos a eventos traumáticos, como el lenguaje simbólico apropiado para su etapa evolutiva y estrategias de regulación afectiva compatibles con su nivel de desarrollo (Korkmazlar y cols., 2020). No es un protocolo cerrado, permitiendo modificarse para cada experiencia traumática considerando los siguientes factores: el nivel de desarrollo y la edad de los niños, la naturaleza del trauma, la cantidad de personas

afectadas y la gravedad del trauma, el momento de la intervención después del desastre y también factores culturales. Se implementa en una sesión única de tres horas a un grupo de 2 hasta 14 niños. Al igual que el resto de los protocolos, presenta 8 fases del protocolo estándar, aunque con algunas adaptaciones.

Se caracteriza por iniciar las fases poniendo más énfasis en el trabajo con juegos para romper el hielo y la potenciación de los recursos positivos como dibujar el lugar seguro, que ayuda al niño a generar sensaciones de calma y seguridad mediante la representación imaginada de un entorno protector. Del mismo modo que los protocolos de Jarero y Artigas, utiliza la arteterapia y el “abrazo de la mariposa”, así como la visualización del evento como si fuera una película en la mente. Una diferencia se da en la fase 5 en la que en este caso sí se trabaja con la cognición positiva, para lo cual el terapeuta escribe una historia adecuada a las características del grupo y al evento traumático y la lee a los participantes mientras realizan el abrazo de la mariposa.

Poblaciones y Problemáticas Abordadas

Los estudios incluidos en esta revisión abarcan diversas poblaciones y contextos en los que se ha aplicado la terapia EMDR en formato grupal, desde la infancia hasta la edad adulta, en situaciones de trauma agudo, continuado o estrés prolongado. A continuación, se presentan los resultados agrupados según las características de la población atendida: infancia y adolescencia, personal sanitario, personas migrantes y refugiadas, y otros perfiles vulnerables. Para una descripción más detallada de los diseños de estudio, protocolos empleados y principales resultados, puede consultarse la [Tabla 1](#).

Niños y Adolescentes

Entre los artículos revisados encontramos un total de cuatro estudios enfocados en población infantil y un estudio adicional enfocado en adolescentes. La mayoría de los estudios revisados se centran en población infantil expuesta a eventos traumáticos de alto impacto, como catástrofes naturales, violencia o pérdidas significativas. En estos contextos, los protocolos de EMDR grupal se han adaptado para atender las necesidades emocionales específicas de niños y adolescentes, priorizando la intervención temprana.

Uno de los estudios abordó el TEPT en niños de la República Centroafricana utilizando el Protocolo grupal de episodios traumáticos basado en el G-TPE. El objetivo de esta investigación fue comparar los resultados de dos intervenciones de tratamiento centradas en el trauma: el protocolo narrativo *Action contre la Faïm* y el G-TPE (Dozio y cols., 2024). El estudio de Bayhan y cols. (2022) tenía como objetivo evaluar la eficacia de la intervención, específicamente el Protocolo grupal EMDR con niños y cuidadores, que se administró a niños y madres que perdieron a sus padres y esposos en el desastre de la mina de Soma en Turquía. Por otro lado, el estudio de Trentini y cols. (2018) exploró los efectos del EMDR-IGTP en niños sobrevivientes de los terremotos que azotaron Umbria, una región del centro de Italia, el 24 de agosto y el 26 de octubre de 2016. Trescientos treinta y dos niños de la ciudad de Norcia y de pueblos cercanos gravemente afectados recibieron 3 sesiones completas de terapia. Asimismo, encontramos un estudio sobre este desastre masivo, aplicado en adolescentes,

utilizando de nuevo el protocolo EMDR-IGTP (Maslovacic y cols., 2017). Por último, el estudio de Poli y cols. (2022) llevó a cabo un ensayo piloto controlado aleatorio con 27 niños reclutados en una escuela primaria, asignados a un grupo experimental y a un grupo de control. El grupo experimental participó en una intervención grupal de EMDR durante tres semanas

Personal Sanitario

Entre los artículos revisados encontramos cinco estudios que abordan el uso de EMDR grupal en personal sanitario durante o tras la pandemia de COVID-19. Las intervenciones se dirigen a profesionales expuestos a situaciones de estrés continuado, como personal médico y asistencial en hospitales y residencias, y utilizan principalmente los protocolos EMDR-IGTP y EMDR-IGTP-OTS, tanto en formato presencial como online.

Fogliato y cols. (2022) estudió la implementación de una intervención grupal EMDR-IGTP adaptada a las circunstancias de la COVID-19 en hospitales del norte de Italia. La intervención consistía en 3 sesiones de 90 minutos, y se administró presencialmente en grupos pequeños de 2 a 4 participantes. Esta versión del EMDR-IGTP iba dirigida específicamente al personal sanitario que prestaba servicios en la primera y segunda ola de la pandemia durante el 2020. En la misma línea, Fernández y cols. (2022) llevaron a cabo un estudio con el protocolo grupal EMDR-IGTP dirigido a personal sanitario en 18 hospitales y residencias de ancianos diferentes, involucrados en la emergencia de COVID-19. En este caso, la intervención fue diseñada para administrarse en formato online en grupos de 4 a 6 participantes.

También encontramos en formato online el estudio de Faretta y cols. (2022) y Pérez y cols. (2020). En el primer caso la investigación se realizó con trabajadores sanitarios empleados en un hogar de ancianos en Italia, que se encontraban aislados por la pandemia y a quienes se administró el protocolo grupal EMDR-IGTP a lo largo de tres sesiones (Faretta y cols., 2022). En el estudio de Pérez y cols., 2020, la intervención se llevó a cabo en México, con personal de primera línea durante la primera ola de COVID-19, aplicando el protocolo grupal de EMDR (EMDR-IGT-OTS-R) a lo largo de 4 sesiones intensivas. Por otro lado, en el ensayo de Belvedere y cols. (2023) se brindó apoyo psicológico a los trabajadores de la salud en la Unidad Operativa de Nefrología y Diálisis de un hospital en Italia, también durante el COVID-19, utilizando de nuevo el EMDR-IGT-OTS, en este caso en formato presencial a lo largo de 3 sesiones espaciadas una semana.

Personas Migrantes y Refugiados

Tan solo un estudio de los hallados se dirigía a la intervención psicológica de personas migrantes. Vignaud y cols. (2023) investigó la viabilidad y la eficacia de una intervención con el protocolo G-TPE de 6 sesiones en un grupo de 10 inmigrantes con síntomas de TEPT y depresión mayor, provenientes de Asia, África y Europa. Por otro lado, otro estudio se enfocaba en personas refugiadas, el estudio de Yurtsever y cols. (2018) tenía como objetivo investigar la eficacia del G-TPE en el tratamiento de los síntomas postraumáticos y la depresión y en la prevención del desarrollo del TEPT crónico entre los refugiados que viven en un campo de refugiados de Kilis, en el sureste de Turquía, en la frontera con Siria.

Otros

La pandemia de (COVID-19) ha representado un trauma individual y colectivo con impacto en la salud mental no solo para el personal sanitario y asistencial sino también para personas vulnerables que sufrieron aislamiento y confinamiento. El ensayo de [Lazzaroni y cols. \(2021\)](#) administró, durante el confinamiento, el Protocolo grupal G-TGP, en formato online, a 50 adolescentes y adultos jóvenes que ya recibían asistencia psicológica por servicios de salud locales antes de la pandemia y que presentaban factores de riesgo. El objetivo fue evaluar los cambios en los niveles de TEPT y ansiedad en una población clínica para considerar si el EMDR actuaba como un factor de prevención.

En otra línea, [Passoni y cols. 2018](#), realizaron un estudio dirigido a los cuidadores principales de pacientes con demencia. Estos cuidadores, especialmente cuando son familiares directos, como fue el caso en este ensayo, experimentan altos niveles de estrés y carga emocional, lo que puede tener efectos comparables a los de un evento traumático. El objetivo del estudio fue investigar la eficacia del Protocolo EMDR-IGTP, aplicado a lo largo de 8 sesiones presenciales, para reducir síntomas de burnout, ansiedad y depresión en estos cuidadores.

Por último, [Mazzoni y cols. \(2022\)](#) llevaron a cabo un estudio para explorar la aceptabilidad y efectividad del Protocolo EMDR-IGTP en pacientes con antecedentes de episodios traumáticos recurrentes de naturaleza interpersonal. Todas las participantes eran mujeres que habían experimentado eventos traumáticos prolongados, como abuso, violencia y negligencia. El protocolo se administró a lo largo de 10 sesiones presenciales, de las cuales 7 se centraron en el protocolo grupal.

Síntesis de Resultados

Los estudios incluidos en esta revisión narrativa presentan resultados prometedores del EMDR grupal en una variedad de contextos y poblaciones, subrayando su versatilidad y adaptabilidad como herramienta terapéutica. Los hallazgos principales de cada estudio pueden observarse en la [Tabla 1](#).

Los estudios revisados en poblaciones infantiles dan muestras de que el EMDR grupal favorece la reducción de síntomas traumáticos y mejora el bienestar psicológico. En el estudio de [Bayhan y cols. \(2022\)](#), se encontró que el EMDR fue eficaz en reducir las puntuaciones de malestar subjetivo tanto en niños como en sus cuidadores, sugiriendo que este enfoque es efectivo para tratar traumas en contextos familiares. A pesar de que la disminución de las puntuaciones de TEPT en las madres no fue significativa, la reducción de los síntomas en los niños fue considerable, destacando el impacto positivo del tratamiento en los más jóvenes. El estudio de [Dozio y cols. \(2024\)](#) en niños expuestos a conflictos en la República Centroafricana muestra resultados en la misma línea, encontrando que esas mejoras se sostenían en el tiempo. [Poli y cols. \(2022\)](#) evidenció mejoras significativas en el malestar, así como en la complejidad y especificidad narrativa en niños que participaron en una intervención grupal, sugiriendo que el EMDR puede fomentar una codificación más relacional de los recuerdos autobiográficos. En cuanto a los estudios de [Trentini y cols. \(2018\)](#) y [Maslovary y cols. \(2017\)](#), con niños y adolescentes sobrevivientes de desastres naturales en Italia, los resultados mostraron la eficacia del EMDR-IGTP con

mejores resultados en niños mayores y en aquellos que recibieron la intervención de manera temprana.

Los estudios revisados con personal sanitario durante el COVID-19 apuntan que es viable trabajar con EMDR grupal en emergencias sanitarias ya que puede promover una recuperación más rápida y también puede ofrecer protección ante la reexposición a otros eventos estresantes ([Fogliato y cols., 2022](#)). En el estudio de [Pérez y cols. \(2020\)](#) después de la intervención, hubo una disminución del TEPT, la ansiedad y la depresión, y se encontraron diferencias significativas entre los grupos, que se mantuvieron en el tiempo. En la misma línea, el estudio de [Belvedere y cols. \(2023\)](#) encontró una mejora clínica significativa en la reducción de los síntomas de TEPT tras el tratamiento EMDR, que se mantuvo en los seguimientos, estando estos resultados alineados con lo encontrado en el estudio de [Faretta y cols. \(2022\)](#). Por último, en el estudio de [Fernández y cols. \(2022\)](#) mostró un efecto evidente del EMDR-IGTP, puesto que todas las puntuaciones disminuyeron significativamente después del tratamiento. Además, las puntuaciones obtenidas antes y después de las 12 semanas en los sujetos de la lista de espera que no recibieron tratamiento, fueron significativamente distintas.

Por otro lado, el estudio de [Yurtsever y cols. \(2018\)](#) sugiere que el G-TGP es eficaz para reducir los síntomas de TEPT en refugiados. El análisis de los resultados mostró que el grupo G-TGP experimentó una reducción significativa de los síntomas de TEPT y depresión tras la intervención, con una disminución del diagnóstico de TEPT en más del 60% de los participantes. En la misma línea, el estudio de [Vignaud y cols. \(2023\)](#) muestra que el G-TGP puede ser eficaz para disminuir los síntomas de TEPT en los migrantes, con una disminución significativa de los síntomas de TEPT y una reducción de los síntomas depresivos.

En cuanto al resto de estudios hallados, la investigación de [Lazzaroni y cols. \(2021\)](#) con adolescentes y adultos en situación de aislamiento por la pandemia evidenció mejoras significativas tras la intervención en los síntomas postraumáticos, en particular de intrusión e hiperactivación. El estudio de [Passoni y cols. \(2018\)](#) sugiere que el EMDR-IGTP es eficaz en la reducción de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con demencia. Los resultados muestran que el grupo experimental experimentó mejoras significativas en todos los síntomas, aunque solo se mantuvieron mejoras en el tiempo en las puntuaciones de estrés. Por último, [Mazzoni y cols. \(2022\)](#) en su estudio con mujeres víctimas de trauma continuado, encontró que después de la intervención con el EMDR-IGTP, así como en el seguimiento, las pacientes mostraron una reducción significativa tanto de los síntomas disociativos como de los síntomas de TEPT, junto con una mejor regulación emocional. Además, la terapia fue ampliamente aceptada por las pacientes.

Discusión

Los estudios revisados muestran resultados prometedores de manera general, encontrando que la mayor parte de los estudios señalan que el EMDR grupal muestra eficacia en la reducción de los síntomas de TEPT, ansiedad y depresión en diversas poblaciones y contextos. Estos hallazgos son coherentes con revisiones más sistemáticas, como la de [Kaptan y cols. \(2021\)](#), que subraya el gran potencial de los protocolos grupales de EMDR.

Tabla 1*Detalles de los Estudios Incluidos en la Revisión Sistemática*

Autores (año)	Características de la muestra				Diseño del estudio			Intervención				
	N (n)	País	Población	Tipo de evento traumático	Diseño	Seguimiento	Cuestionarios	Protocolo y adaptaciones	Tamaño del grupo	Sesiones y tiempo	Duración	Resultados
Bayhan y cols. (2022)	82 50 niños y 32 madres	Turquía	Madres y menores	Duelo traumático por muerte de un familiar por desastre minero	Estudio cuasi- experimental con grupo control no aleatorizado	12 meses	CROPS, IES-R	Protocolo grupal EMDR con niños y cuidadores adaptado para trauma compartido	-	1 de 3h	1 día	Niños: ↓ significativa de síntomas frente al grupo control Madres: ↓ de síntomas, aunque no significativo
Belvedere y cols. (2023)	43	Italia	Personal sanitario en unidad de nefrología	Pandemia de COVID-19	Estudio de eficacia pre-post	6 meses	IES-R, THERMO, PTGI	EMDR-IGTP- OTS-R	2-5	3	3 semanas	↓ significativa de síntomas de TEPT, mantenido a los 6 meses. Se observó crecimiento postraumático
Dozio y cols. (2024)	793 EMDR (391) ACF/ KONO (290)	República Centroafricana	Niños	Conflicto armado	Estudio retrospectivo comparativo entre EMDR vs. ACF/ KONO	5 meses	CRIES-8, CPDS	EMDR G-TEP	-	5	10 semanas aprox.	↓ significativa de síntomas en ambos grupos = entre ambos protocolos ↑ mantenida en el seguimiento
Faretta y cols. (2022)	11	Italia	Personal sanitario de un hogar de ancianos	Pandemia de COVID-19	Estudio piloto cuasi- experimental con pretest, posttest	9 meses	IES-R, THERMO, CISO	EMDR-IGTP en formato online + psicoeducación	5-6	5 de 1-1.5h	4 semanas	↓ significativa de síntomas postraumáticos y mejora de la experiencia emocional subjetiva, = en el seguimiento.
Fernández y cols. (2022)	744	Italia	Personal sanitario en hospitales y residencias	Pandemia de COVID-19	Estudio cuasiexperimental pre post sin asignación aleatoria	No	THERMO	EMDR-IGTP en formato online y presencial	-	2-3 de 1-5h	-	↓ significativa de síntomas postraumáticos y activación emocional en el grupo tratado con EMDR
Fogliato y cols. (2022)	360	Italia	Personal sanitario en hospitales	Pandemia de COVID-19	Estudio cuasi- experimental con evaluación pre-post	3-6 meses	PTGI, IES-R	EMDR-IGTP con técnicas de grounding	2-4	3 de 1.5h	-	↓ significativa de síntomas postraumáticos; mantenimiento de mejoras; ↑ resiliencia en tratados durante la primera ola
Lazzaroni y cols. (2021)	50	Italia	Adolescentes y adultos jóvenes	Aislamiento y factores de riesgo Pandemia de COVID-19	Estudio de eficacia pre-post	No	IES-R, STAI-Y1, THERMO, PTGI	EMDR G-TEP en formato online	3-4	3 de 1h	-	↑ significativa en ansiedad, síntomas postraumáticos (excepto en evitación) y activación emocional ↑ crecimiento postraumático
Maslovaric y cols. (2017)	119	Italia	Adolescentes	Terremoto. Desastre natural	Estudio cuasi- experimental	No se indica	IES-R	EMDR-IGTP	-	3 de 1.5h	3 semanas	↓ significativa de síntomas postraumáticos al final del tratamiento Mantenidas tras el seguimiento, sin diferencias significativas con el tiempo

Tabla 1*Detalles de los Estudios Incluidos en la Revisión Sistemática (Continuación)*

Autores (año)	Características de la muestra				Diseño del estudio				Intervención			
	N (n)	País	Población	Tipo de evento traumático	Diseño	Seguimiento	Cuestionarios	Protocolo y adaptaciones	Tamaño del grupo	Sesiones y tiempo	Duración	Resultados
Mazzoni y cols. (2022)	7	Italia	Mujeres	Trauma relacional crónico	Estudio de eficacia pre-post	3 meses	IES-R, DES-II, BDI-II, BAI, DERS, SCID-II, QET	EMDR-IGTP	7	10 (7 de EMDR)	8-12 semanas	↑ significativas en síntomas disociativos, postraumáticos y regulación emocional. Efectos = en los seguimientos a 1 y 3 meses.
Passoni y cols. (2018)	44	Italia	Cuidadores principales de personas con demencia	Estrés continuado	Ensayo clínico aleatorizado con grupo inmediato y espera	4 meses	IES-R, AD-R, CBI, CAN, VAS	EMDR-IGTP	4-10	8	8 semanas	El grupo inmediato mostró ↑ significativas en TEPT, ansiedad y depresión tras el tratamiento. En seguimiento, solo se mantuvo la ↑ en IES-R. El grupo en espera tuvo ↑ menores y no sostenidas.
Pérez y cols. (2020)	80	México	Personal sanitario en hospitales	Pandemia de COVID-19	Estudio controlado aleatorizado	3 meses	PCL-5, HADS, SPRINT	EMDR-IGTP-OTS-R en formato online	-	4 de 1.5h	3 semanas	↓ del TEPT, la ansiedad y la depresión con diferencias significativas entre los grupos, que se mantuvieron en el tiempo.
Poli y cols. (2020)	27	Italia	Niños de la escuela primaria	Experiencias adversas tempranas leves	Ensayo piloto controlado aleatorizado	No	CS-AMNP, CS-SMSDAM,	No se especifica	-	3 de 1.5h	3 semanas	↓ significativa del malestar subjetivo. ↑ de la complejidad narrativa y especificidad autobiográfica
Trentini y cols. (2018)	332	Italia	Niños	Terremoto. Desastre natural	Estudio cuasi-experimental con medidas pre-post	No	CRIES-13, ET-5	EMDR-IGTP	7-24	3 de 1-1.5h	3 semanas	↓ significativa en distrés, ansiedad y síntomas postraumáticos ↑ efectividad observada en niños mayores y en intervención temprana
Vignaud y cols. (2023)	10	Asia, Africa y Europa	Migrantes	Experiencias migratorias	Estudio piloto pre-post	No	ITQ, PHQ-9	EMDR G-TGP	10	6 de 2h	6 semanas	↓ significativa de síntomas TEPT y TEPT complejo Tendencia a ↓ de síntomas depresivos
Yurtsever y cols. (2018)	47	Turquía	Refugiados en campo	Refugio forzado y exposición a la guerra	Ensayo clínico aleatorizado	1 mes	IES-R, BDI-II, MINI	EMDR G-TGP	-	2 de 4h	1 semana	El grupo EMDR mostró una reducción significativa en síntomas de y en depresión, manteniéndose a las 4 semanas. En el grupo control =

Note: ACF/KONO = intervención narrativa grupal humanitaria; AD-R = Anxiety and Depression Scale – Reduced Form; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; CBI = Caregiver Burden Inventory; CNA = Caregiver Needs Assessment; CISO Critical Incident Stress Orientation; CPDS = Child Psychosocial Distress Screener; CRIES-8 / CRIES-13 = Children’s Revised Impact of Event Scale; CROPS = Child’s Reaction to Traumatic Events Scale; CS-AMNP = Coding System for Autobiographical Memory Narrative Patterns; CS-SMSDAM = Coding System for Specificity of Self-Defining Autobiographical Memories; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; DES-II = Dissociative Experiences Scale-II; ET-5 / THERMO = Emotion Thermometers (estrés, ansiedad, depresión, ira, sueño, necesidad de ayuda; escala Likert 0–10); IES-R = Impact of Event Scale – Revised (síntomas postraumáticos); MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire; PTGI = Post-Traumatic Growth Inventory; QET = Questionnaire of Traumatic Experiences; SCID-II = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders; STAI-Y1 = State-Trait Anxiety Inventory – Form Y1; VAS = Visual Analogue Scale.

Estos hallazgos ponen de manifiesto la versatilidad de la terapia EMDR como herramienta terapéutica en grupos, mostrando su capacidad de adaptarse a una amplia gama de situaciones traumáticas y necesidades específicas. Esta adaptabilidad lo convierte en una opción valiosa para intervenciones en contextos de crisis y en poblaciones que enfrentan traumas colectivos, como podemos apreciar al encontrar una proporción elevada de artículos enfocados en la intervención psicológica con personal sanitario durante el COVID-19.

Es importante destacar que la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión emplean los protocolos G-TAP (Shapiro, 2019) y EMDR-IGTP (Jarero y cols., 2008), con tan solo un par de estudios que utilizan el protocolo infantil (Korkmazlar y cols., 2020) y el EMDR-IGTP-OTS (Jarero y Artigas, 2017) para estrés traumático continuado. Incluso en ensayos con niños, se ha adaptado el G-TAP, lo que podría indicar una tendencia a utilizar este protocolo frente al resto en contextos grupales.

Además, es notable que solo tres estudios revisados utilizaron el formato online para la aplicación del EMDR grupal (Pérez y cols., 2020; Lazzaroni y cols., 2021 y Fernández y cols., 2022). A pesar de las posibles limitaciones inherentes a las intervenciones en línea, estos estudios mostraron eficacia. Los hallazgos son coherentes con lo encontrado en la revisión de Kaptan y cols. (2024), donde abordan la aplicación del EMDR en formato online, encontrando que este enfoque es factible y potencialmente efectivo. Por tanto, los resultados sugieren que el EMDR grupal puede ser adaptado con éxito a un formato digital, ampliando su accesibilidad y aplicabilidad en situaciones donde las sesiones presenciales no son viables.

A pesar de estos resultados prometedores, la literatura específica sobre protocolos grupales de terapia EMDR sigue siendo relativamente limitada en comparación con las aplicaciones individuales. Esta escasez subraya la necesidad de continuar investigando y evaluando la eficacia del EMDR en formato grupal.

La investigación futura debería enfocarse en expandir el conocimiento sobre este formato menos estudiado, explorando su aplicabilidad en diferentes contextos culturales y tipos de trauma. Además, en nuestro artículo, al tratarse de una revisión narrativa, hemos incluido estudios con diversas metodologías, incluidas investigaciones observacionales, sin centrarnos estrictamente en los criterios de calidad metodológica o el riesgo de sesgo. Sin embargo, Kaptan y cols. (2021) señalan la importancia de abordar estas limitaciones metodológicas. En particular, enfatizan la necesidad de llevar a cabo estudios con diseños más rigurosos, muestras más grandes y herramientas validadas, así como la importancia de realizar seguimientos a largo plazo para confirmar la efectividad observada.

En resumen, aunque el EMDR grupal ha demostrado ser eficaz en una variedad de contextos, la investigación adicional es esencial para fortalecer la base de evidencia y optimizar su uso en la práctica clínica. Es crucial realizar estudios con calidad metodológica y aumentar los estudios con los protocolos que reúnen menor grueso de investigación dentro del EMDR grupal.

Conflicto de Intereses

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos reconocer la financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, en el marco del Proyecto de Investigación y Desarrollo PID2024-1579250B-100.

Referencias

- Bayhan, B. B., Tarquinio, C., Rydberg, J., y Korkmazlar, Ü. (2022). The study of the group intervention containing EMDR therapy for children and mothers in the field of trauma after a mine explosion in Turkey. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 100248. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100248>
- Belvedere, C., Fabbri, P., Alberghini, E., Ghedini, S. A., Fernandez, I., Maslovaric, G., Pagani, M., y Gallina, E. (2023). Intervention with EMDR on a sample of healthcare workers in the nephrology and dialysis service during the COVID-19 emergency: from immediate treatment effect to long-term maintenance. *Frontiers in Psychology*, 14, 1120203. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1120203>
- Bisson, J.I., y Olf, M. (2021). Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1824381>
- Dozio, E., Bizouerne, C., Wamba, V., y Atienza, N. (2024). Comparing the effectiveness of narrative therapy and EMDR-GTEP protocols in the treatment of post-traumatic stress in children exposed to humanitarian crises. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 1320688. <https://doi.org/10.3389/frcha.2024.1320688>
- Faretta, E., Garau, M. I., Gallina, E., Pagani, M., y Fernandez, I. (2022). Supporting healthcare workers in times of COVID-19 with eye movement desensitization and reprocessing online: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 13, 964407. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.964407>
- Fernandez, I., Pagani, M., y Gallina, E. (2022). Post-traumatic stress disorder among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy: Effectiveness of an eye movement desensitization and reprocessing intervention protocol. *Frontiers in Psychology*, 13, 964334. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.964334>
- Fogliato, E., Invernizzi, R., Maslovaric, G., Fernandez, I., Rigamonti, V., Lora, A., Frisone, E., y Pagani, M. (2022). Promoting Mental Health in Healthcare Workers in Hospitals Through Psychological Group Support With Eye Movement Desensitization and Reprocessing During COVID-19 Pandemic: An Observational Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 794178. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.794178>
- Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M., y Resick, P. A. (2016). Timecourse of treatment dropout in cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 115. <https://doi.org/10.1037/tra0000062>
- International Society for Traumatic Stress Studies. (2019). *ISTSS guidelines for the prevention and treatment of PTSD*. Retrieved from <https://www.istss.org>
- Jarero, I., Artigas, L., Montero, M., y Lena, L. (2008). El protocolo de tratamiento grupal integrador EMDR: Aplicación con niños víctimas de un desastre masivo. *Revista de Práctica e Investigación de EMDR*, 2(2), 97-105.
- Jarero, I., y Artigas, L. (2009). Protocolo de tratamiento grupal integrador de EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research* 3(4):287-288.
- Jarero, I., Amaya, C., Givaudan, M., y Miranda, A. (2013). EMDR individual protocol for paraprofessional use: A randomized controlled trial with

- first responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 55-64. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.2.55>
- Jarero, I., y Artigas, L. (2017). *EMDR integrative group treatment protocol adapted for ongoing traumatic stress (EMDR IGTP-OTS)*.
- Jarero, I., y Artigas, L. (2025a). El Abrazo de la Mariposa. Método de terapia EMDR para la autoadministración de estimulación bilateral. *Research Gate*. <https://tinyurl.com/ykycz2uf>
- Jarero, I., y Artigas, L. (2025b). ASSYST. Butterfly hug and EMDR protocols bibliography. *Research Gate*.
- Kaptan, S. K., Dursun, B. O., Knowles, M., Husain, N., y Varese, F. (2021). Group eye movement desensitization and reprocessing interventions in adults and children: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28, 784-806. <https://doi.org/10.1002/cpp.2549>
- Kaptan, S. K., Kaya, Z. M., y Akan, A. (2024). Addressing mental health need after COVID-19: a systematic review of remote EMDR therapy studies as an emerging option. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1336569. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1336569>
- Korkmazlar, Ü., Bozkurt, B., y Tan Tunca, D. (2020). EMDR group protocol with children: A field study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 14(1), 13-28. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.14.1.13>
- Lazzaroni, E., Invernizzi, R., Fogliato, E., Pagani, M., y Maslovic, G. (2021). Coronavirus disease 2019 emergency and remote eye movement desensitization and reprocessing group therapy with adolescents and young adults: Overcoming lockdown with the butterfly hug. *Frontiers in Psychology*, 12, 701381. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.701381>
- Maslovic, G., Zaccagnino, M., Mezzaluna, C., Perilli, S., Trivellato, D., Longo, V., y Civilotti, C. (2017). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing integrative group protocol with adolescent survivors of the central Italy earthquake. *Frontiers in Psychology*, 8, 1826. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01826>
- Mavranzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., y Pilling, S. (2020). Research review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 18-29. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13094>
- Mazzoni, G. P., Miglietta, E., Ciull, T., Rotundo, L., Pozza, A., Gonzalez, A., y Fernandez, I. (2022). Psicoterapia grupal de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) y episodios traumáticos interpersonales recurrentes: un estudio piloto de seguimiento. *Neuropsiquiatría Clínica*, 19(6), 379-389. <https://doi.org/10.36131/cnfliorteditore20220605>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *NICE guidelines CG178 - psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Passoni, S., Curinga, T., Toraldo, A., Berlingeri, M., Fernandez, I., y Bottini, G. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing integrative group treatment protocol (EMDR-IGTP) applied to caregivers of patients with dementia. *Frontiers in Psychology*, 9, 967. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00967>
- Pérez, M. C., Estevez, M. E., Becker, Y., Osorio, A., Jarero, I., y cols. (2020). Multisite randomized controlled trial on the provision of the EMDR integrative group treatment protocol for ongoing traumatic stress remote to healthcare professionals working in hospital during the COVID-19 pandemic. *Psychology Behavioral Science. International Journal*, 15(4): 555920.
- Poli, A., Gemignani, A., y Miccoli, M. (2022). Randomized trial on the effects of a group EMDR intervention on narrative complexity and specificity of autobiographical memories: A path analytic and supervised machine-learning study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7684. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137684>
- Shapiro, E., y Laub, B. (2014). The recent traumatic episode protocol (R-TEP): An integrative protocol for Early EMDR Intervention (EEI). In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for man-made and natural disasters* (pp. 193-215). New York: Springer Publishing Company.
- Shapiro, E. (2019). *EMDR group-traumatic episode protocol (EMDR G-TEP) Manual*. (7th ed.), 0-23.
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Trentini, C., Lauriola, M., Giuliani, A., Maslovic, G., Tambelli, R., Fernandez, I., y Pagani, M. (2018). Dealing with the aftermath of mass disasters: A field study on the application of EMDR integrative group treatment protocol with child survivors of the 2016 Italy earthquakes. *Frontiers in Psychology*, 9, 862. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00862>
- Vignaud, P., Chauliac, N., Contamin, E., Richer, S., Vuillermoz, C., Brunelin, J., y Prieto, N. (2023). Relevance and feasibility of group traumatic episode protocol delivered to migrants: A pilot field study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7), 5419. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075419>
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: WHO. Switzerland: WHO.
- Yurtsever, A., Konuk, E., Akyüz, T., Zat, Z., Tükel, F., Çetinkaya, M., Savran, C., y Shapiro, E. (2018). An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Group intervention for syrian refugees with post-traumatic stress symptoms: Results of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9, 493. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00493>

Revisión Narrativa

Intervenciones Centradas en el Trauma Para Personas con Psicosis: una Revisión Narrativa de Ensayos Clínicos Aleatorizados

Belén Lozano¹ , Carmen Valiente¹  y Regina Espinosa^{2,3} 

¹Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid (España)

²Facultad HM de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid (España)

³Instituto de Investigación Sanitaria HM Hospitales, Madrid (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 04/08/2025

Aceptado: 13/10/2025

Palabras clave:

Trauma

Esquizofrenia

Trastorno de estrés posttraumático

TEPT

Psicosis

Intervenciones centradas en el trauma

RESUMEN

Antecedentes: Las personas con trastornos del espectro de la psicosis presentan una elevada prevalencia de sintomatología postraumática. Aunque las principales guías clínicas recomiendan aplicar intervenciones centradas en el trauma también en esta población, sigue habiendo reticencias para llevarlas a cabo. La falta de formación, el temor a las descompensaciones y la ausencia de protocolos específicos son barreras frecuentes. En los últimos años han comenzado a surgir estudios que evalúan la eficacia y seguridad de estas intervenciones en personas con psicosis. **Método:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura sobre los ensayos clínicos aleatorizados de intervenciones centradas en el trauma para personas con trastornos del espectro de la psicosis y con trastorno de estrés posttraumático publicados en la última década, incluyendo estudios actualmente en desarrollo. **Resultados:** Se identificaron tres tipos principales de intervenciones: reestructuración cognitiva, exposición prolongada y desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR). La exposición prolongada y el EMDR muestran mayor eficacia en la reducción de los síntomas postraumáticos. **Conclusiones:** Las dos últimas resultan seguras, viables y prometedoras para personas con psicosis. La formación profesional especializada y la investigación específica son esenciales para garantizar intervenciones adecuadas y basadas en la evidencia en esta población.

Trauma-focused Interventions for People With Psychosis: a Narrative Review of Randomized Clinical Trials

ABSTRACT

Background: Individuals with psychotic spectrum disorders show a high prevalence of post-traumatic symptoms. Although major clinical guidelines recommend implementing trauma-focused interventions in this population, reluctance to apply them remains. Common barriers include lack of training, fear of symptom exacerbation, and the absence of specific protocols. In recent years, studies have begun to assess the efficacy and safety of these interventions in people with psychosis. **Method:** A narrative review of the literature was conducted, focusing on randomized controlled trials of trauma-focused interventions for individuals with psychotic spectrum disorders and post-traumatic stress disorder published in the last decade, as well as studies currently in progress. **Results:** Three main types of interventions were identified: cognitive restructuring, prolonged exposure, and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). The latter two show greater effectiveness in reducing post-traumatic symptoms. **Conclusions:** Trauma-focused interventions are safe, feasible, and promising for people with psychosis. Professional training and targeted research are key to delivering the care this population needs.

Keywords:

Trauma

Schizophrenia

Post-traumatic stress disorder

PTSD

Trauma-focused interventions

Cómo citar: Lozano, B., Valiente, C. y Espinosa, R. (2025). Intervenciones centradas en el trauma para personas con psicosis: Una revisión narrativa de ensayos clínicos aleatorizados. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 31-37. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45965>

Autor y e-mail de correspondencia: Belén Lozano, belozano@ucm.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

Los eventos traumáticos se definen como aquellas situaciones que exceden la capacidad de afrontamiento del individuo. El trauma psicológico surge cuando dichas experiencias no pueden integrarse de forma adaptativa en los esquemas mentales previos (van der Kolk, 2014). En los últimos años, ha aumentado la conciencia científica y social sobre el impacto del trauma en la salud física y mental (Ryder et al., 2018; Mersky et al., 2021). Entre las posibles consecuencias, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una de las más estudiadas. Según los principales manuales diagnósticos, este trastorno se caracteriza por síntomas de evitación, reexperimentación y activación, generalmente asociados a eventos agudos que suponen una amenaza vital (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, se ha evidenciado que las algunas experiencias prolongadas y repetitivas relacionadas con el maltrato crónico, la negligencia o el abuso infantil, pueden comprometer la integridad del individuo y afectar a la identidad, la regulación emocional y la capacidad para establecer vínculos seguros. En consecuencia, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; OMS, 2018) ha incorporado el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático complejo (c-TEPT). Aunque, para su diagnóstico, se requiere cumplir los criterios de TEPT clásico, diversas corrientes proponen entender estos síntomas como manifestaciones postraumáticas.

Hay evidencias contundentes que indican que las personas con trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (se utilizarán ambos términos a lo largo del artículo) han experimentado múltiples experiencias traumáticas a lo largo de su vida, lo que explica las altas tasas de comorbilidad con el TEPT, que oscilan entre el 10,6% y el 53% (Seong et al., 2023; Kilcommons et al., 2005). Estas cifras son muy superiores a las que se observan en la población general (Gottlieb et al., 2018).

Muchos autores sostienen que el trauma y las consecuencias asociadas al mismo, pueden desempeñar un papel, tanto en la etiología, como en el mantenimiento de la psicosis (Read y Bentall, 2012; Bailey et al., 2018; Vallath et al., 2020). De hecho, en ocasiones, los síntomas psicóticos y postraumáticos pueden ser difíciles de diferenciar y se solapan clínicamente (Oconghaile y DeLisi, 2015). Además, se ha señalado que la propia experiencia psicótica —el contenido de los síntomas y el malestar asociado, los ingresos involuntarios o el uso de medidas de contención— pueden resultar traumáticos en sí mismos y contribuir al desarrollo de la sintomatología postraumática adicional (Buswell et al., 2021). En los últimos años, el trauma complejo ha adquirido relevancia teórica y clínica en el ámbito de los trastornos psicóticos, y se ha planteado que los síntomas TEPT clásicos y las dificultades en la organización interna propias del c-TEPT podrían mediar la relación entre el trauma y los síntomas psicóticos (Panayi et al., 2022).

Actualmente, la evidencia empírica muestra que las personas con trastornos psicóticos y comorbilidad con TEPT suelen presentar un cuadro clínico más complejo (Hassan y De Luca, 2015), un mayor número de hospitalizaciones (Mueser et al., 2004) y una peor adherencia a los servicios de rehabilitación (Lysaker et al., 2005). Pese a la creciente evidencia que vincula trauma y psicosis, la evaluación sistemática de sintomatología postraumática en esta población no es una práctica generalizada y los tratamientos centrados en el trauma siguen siendo poco frecuentes (Frueh et al., 2009). Los profesionales de la salud son reticentes a abordar el

trauma porque a menudo presentan temor a descompensaciones psicóticas, a dificultades organizacionales y porque consideran que no tienen guías específicas de tratamiento (Gairns et al., 2015; Chadwick y Billings, 2022).

Para el tratamiento de sintomatología postraumática las guías internacionales establecen que los tratamientos de primera línea son las terapias centradas en el trauma. Estas incluyen: Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma —en sus distintas modalidades: terapia de procesamiento cognitivo, terapia cognitiva, exposición narrativa y exposición prolongada— y la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) (National Institute of Health and Care Excellence, 2018). Estas guías reconocen la escasez de investigaciones específicas sobre su aplicación en personas con trastornos psicóticos, y recomiendan aplicar las mismas intervenciones.

Aunque, históricamente las personas con psicosis han sido excluidas de los ensayos clínicos aleatorizados (RCTs) centrados en el trauma (Ronconi et al., 2014), en la última década han empezado a emerger estudios prometedores sobre la efectividad y seguridad de estas intervenciones en esta población. El foco, en su mayoría, se centra en los efectos sobre la sintomatología postraumática, aunque también los hay que evalúan cambios en variables como sintomatología psicótica o funcionamiento general (Sin y Spain, 2017; Swan et al., 2017; Brand et al., 2018; Hardy et al., 2024). Las investigaciones hasta la fecha indican que los tratamientos centrados en el trauma son seguros y eficaces para el TEPT, incluso cuando hay comorbilidades como la psicosis (Goodnight et al., 2019).

En este contexto, resulta de gran utilidad realizar una revisión actualizada de los principales ensayos clínicos aleatorizados recientes sobre intervenciones centradas en el trauma para personas con psicosis, con el objetivo de ofrecer una síntesis útil para terapeutas e investigadores sobre el estado actual de la cuestión. Destacamos, especialmente, la revisión de Hardy et al. (2024) que ofrece un análisis exhaustivo del campo y que este trabajo pretende complementar.

Método

Se llevó a cabo una revisión narrativa con el objetivo de identificar los ensayos clínicos aleatorizados (RCT por sus siglas en inglés) sobre las intervenciones centradas en el trauma para personas con psicosis. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Scopus. La estrategia de búsqueda combinó los términos “trauma-focused therapy”, “psychosis”, “PTSD”, limitando los resultados los últimos 10 años. La búsqueda se llevó a cabo en mayo de 2025. Además, se contactó con los principales equipos de investigación en el área que se conocen para actualizar la información sobre estudios en curso. La información fue sintetizada de forma narrativa, organizando los resultados por el tipo de intervención centrada en el trauma.

Resultados

La intervención centrada en el trauma en personas con trastornos del espectro de la psicosis se ha desarrollado principalmente a través de tres enfoques terapéuticos: la reestructuración cognitiva, la exposición prolongada y la terapia de EMDR. Desde la terapia cognitivo conductual para la psicosis (CBTp por sus siglas en inglés) se reconoce el impacto del trauma en la sintomatología

psicótica, promoviendo la comprensión de dicha relación y el manejo de la sintomatología asociada. No obstante, este enfoque se considera “terapia informada sobre el trauma”, ya que, si bien integra la perspectiva traumática, no centra su intervención en el trabajo sobre los eventos traumáticos (Hardy et al., 2024). Por este motivo, la CBTp no se incluye dentro de las intervenciones centradas en el trauma y no será abordada en esta revisión. A continuación, se presentan los estudios identificados en relación con cada uno de estos enfoques, así como una explicación general de su funcionamiento. Aunque los estudios finalizados y publicados en la última década aún son limitados, las investigaciones actualmente en curso son considerables y prometedoras. Por ello, se incorpora al final un apartado dedicado a los estudios actualmente en desarrollo, cuyos resultados se prevé que estarán disponibles próximamente.

Reestructuración Cognitiva

Las intervenciones centradas en la reestructuración cognitiva parten de la idea de que uno de los componentes centrales de la sintomatología postraumática son las distorsiones cognitivas que surgen al recordar el evento traumático y las distorsiones relacionadas con la propia sintomatología postraumática, así como los intentos de afrontamiento que derivan de dichas interpretaciones. Se argumenta que esta terapia puede generar menor emocionalidad que una exposición directa al evento traumático y, por ello, facilitar la adherencia al tratamiento. Destacan dos estudios principales en esta población:

- Mueser et al. (2015) llevaron a cabo un estudio con personas con trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, depresión mayor o trastorno bipolar) y diagnóstico de TEPT. Compararon una intervención de 12-16 sesiones que incluía psicoeducación, respiración y reestructuración cognitiva, con otra de tres sesiones que no incluía la parte de reestructuración cognitiva. Los resultados sugieren una reducción significativa de los síntomas postraumáticos en el primer grupo en comparación con el segundo. En este estudio, el 30% de los participantes, presentaban un diagnóstico del espectro de la psicosis.
- Steel et al. (2017), replicaron este protocolo en una muestra únicamente con personas con esquizofrenia y TEPT en Reino Unido. No encontraron diferencias entre el grupo experimental y el grupo con tratamiento habitual (TAU por sus siglas en inglés) al final del tratamiento. Este equipo concluyó que, en esta población, la reestructuración cognitiva por sí sola podría no ser suficiente y que la exposición al trauma parece ser un componente clave para la reducción significativa de la sintomatología postraumática.

Exposición Prolongada

La exposición prolongada (EP) forma parte del grupo de terapias cognitivo-conductuales y se centra en la exposición en imaginación al recuerdo del evento traumático, la escucha repetida de grabaciones con la narrativa del mismo, y en la exposición en vivo a estímulos asociados con el trauma que suelen evitarse.

Existen estudios que han examinado la aplicación de la exposición prolongada (EP) en personas con psicosis, evidenciando mejoras en la sintomatología postraumática (Frueh et al., 2009; de Bont et al., 2013),

aunque fueron publicados fuera del período temporal considerado en esta revisión. Más recientemente, se ha identificado un estudio que comparó la EP con el EMDR y con el tratamiento habitual, el cual se incluye en este apartado por motivos organizativos:

- van der Berg et al. (2015) llevaron a cabo un RCT en los Países Bajos con 155 participantes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia de larga duración y TEPT. Comparan tres condiciones: EP (siguiendo el protocolo de Foa et al., 2007), EMDR (según el protocolo estándar de Shapiro, 2001) y grupo de lista de espera. Los resultados mostraron una reducción significativa de la sintomatología postraumática en ambos grupos de tratamiento frente al grupo de lista de espera, con tamaños del efecto medios-altos y sin exacerbación de síntomas psicóticos. La EP, en particular, se asoció con una mayor tasa de remisión completa de los síntomas en comparación con el grupo de lista de espera. Además, evaluaron variables secundarias y la EP se asoció con una disminución sostenida de la sintomatología paranoide y depresiva en comparación con lista de espera (de Bont et al., 2016).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

La terapia EMDR parte del supuesto de que algunas de las dificultades psicológicas están vinculadas con eventos pasados que no fueron procesados de manera adecuada. Se consideran resultado del trauma, tanto los síntomas del TEPT, como los del c-TEPT. Además, este enfoque abarca una mayor variedad de recuerdos potencialmente traumáticos

Mediante la técnica del *floatback* se identifica el recuerdo fuente (primer recuerdo relacionado), la imagen más perturbadora, la cognición negativa asociada, el nivel de malestar subjetivo (SUD) y las emociones y sensaciones físicas vinculadas. Durante esta evocación, se aplica estimulación bilateral (movimientos oculares o *tapping*). Se postula que la activación de la memoria de trabajo facilita el reprocesamiento e integración del evento traumático. El EMDR destaca por su eficacia y por no requerir la narración detallada del trauma, importante ventaja que apoya su aplicación en personas con psicosis.

Al igual que en el caso de la exposición prolongada, existen estudios previos al período considerado en esta revisión que han mostrado reducciones en la sintomatología postraumática utilizando EMDR (van der Berg y van der Gaag 2012; de Bont et al., 2013). Dentro del marco temporal analizado, además del estudio de van der Berg et al. (2015) mencionado anteriormente, se ha identificado otro ensayo clínico aleatorizado finalizado y varios que están siendo llevados a cabo actualmente y se discuten en el siguiente apartado.

- Varese y su equipo (2024) han realizado el estudio EASE, un estudio de la viabilidad y seguridad de una intervención con EMDR adaptada a personas con psicosis (EMDRp). El Estudio EASE se realizó en Reino Unido con una muestra de 60 participantes con sintomatología de estrés postraumático y diagnóstico del espectro psicótico de menos de 3 años de duración. Los resultados de viabilidad y seguridad son positivos además de encontrar prometedoras señales de eficacia. Actualmente, se está iniciando un ensayo clínico aleatorizado (The Key Integrated Trauma Treatment in Psychosis Trial, que se presenta en el apartado de “Proyectos de investigación en curso”).

- [Every-Palmer et al. \(2024\)](#) realizaron un RCT con 24 participantes en Nueva Zelanda con diagnóstico de trastorno psicótico y TEPT en contexto judicial o penitenciario. Aplicaron un protocolo estándar de 10 sesiones de EMDR sin fase de estabilización previa. Los resultados indicaron que la intervención fue segura y efectiva para reducir la sintomatología postraumática.

Proyectos de Investigación en Curso

Actualmente, se están llevando a cabo varios estudios de intervenciones centradas en trauma para personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia:

Study of Trauma and Recovery (STAR)

Este proyecto, desarrollado en el Reino Unido, constituye el ensayo clínico aleatorizado más amplio realizado hasta la fecha en este ámbito, con una muestra prevista de 300 participantes. El estudio multicéntrico evalúa la eficacia de una intervención integrada llamada TF-CBTp, que combina terapia cognitivo-conductual para la psicosis con técnicas centradas en el trauma, incluyendo reprocesamiento de memoria traumática. Esto lo hace con exposición en imaginación y el uso de *imaginary reescripting*. Su objetivo es determinar si esta intervención es clínicamente efectiva y coste-efectiva en la reducción de la sintomatología postraumática en comparación con un grupo lista de espera. El protocolo fue publicado por [Peters et al. \(2022\)](#), y la difusión de los resultados se prevé próximamente. A diferencia de estudios previos, el proyecto STAR exige la presencia de síntomas psicóticos activos y un diagnóstico completo de TEPT, ofreciendo una intervención de hasta nueve meses y un seguimiento a los 24 meses. El diseño del estudio responde a las recomendaciones de las guías NICE y Cochrane, que subrayan la necesidad de investigaciones rigurosas y flexibles, adaptadas a las características y demandas de esta población clínica.

The Key Integrated Trauma Treatment in Psychosis Trial (KIT)

Tras los resultados favorables del estudio EASE de [Varese et al. \(2024\)](#), se ha iniciado en Noruega un ensayo clínico aleatorizado con 187 participantes con diagnósticos del espectro de la esquizofrenia y sintomatología postraumática. El objetivo es evaluar la eficacia de un protocolo de hasta 26 sesiones de EMDR en la reducción de los síntomas postraumáticos y psicóticos, así como analizar su impacto en los costes asociados al uso de servicios de salud mental. Como innovación metodológica, el estudio incorpora el análisis de biomarcadores mediante muestras sanguíneas pre y post tratamiento, además de medidas de activación autonómica registradas durante el procesamiento EMDR, con el propósito de explorar los mecanismos neurobiológicos implicados. Se prevé que el estudio se prolongue hasta 2029 ([ClinicalTrials.gov, 2024](#) NCT00608706).

Estudio RE.PROCESS

Liderado por van der Berg y van der Gaag, este RCT en Países Bajos compara tres intervenciones (reestructuración cognitiva, exposición prolongada y EMDR) frente a una lista de espera que

continúa con tratamiento habitual. Participan terapeutas de múltiples centros de salud mental de Países Bajos y la muestra prevista es de 200 participantes con diagnóstico de trastorno de la esquizofrenia y TEPT. El protocolo se ha publicado por [Burger et al. \(2022\)](#) y puede ser el primer estudio que compara las tres intervenciones principales para trauma en el mismo ensayo.

Estudio de la Centre Forum Research Unit

En Cataluña se está llevando a cabo un ensayo clínico aleatorizado (RCT) multicéntrico que evalúa la eficacia del EMDR en personas que han experimentado un primer episodio psicótico y presentan sintomatología postraumática, ya sea derivada del propio episodio o de otros eventos vitales. La intervención contempla un máximo de 20 sesiones de EMDR, y se analizan variables como las recaídas, la sintomatología postraumática y psiquiátrica, la funcionalidad y la adherencia al tratamiento farmacológico. La muestra está compuesta por ocho participantes, y el análisis de los datos se encuentra actualmente en curso, por lo que los resultados aún no han sido publicados. El protocolo del estudio puede consultarse en [Valiente-Gómez et al. \(2020\)](#).

Una Intervención Integral de Tercera Generación Para Personas con Psicosis y Estrés Postraumático (IITG-PPT)

Actualmente, nuestro equipo, está llevando a cabo un RCT multicéntrico en la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid, en las organizaciones sin ánimo de lucro El Buen Samaritano, Fundación Manantial y Fundación Intrus. Este protocolo está diseñado para , personas con trastornos del espectro de la psicosis de larga duración que presentan sintomatología postraumática. Los terapeutas pertenecen a estas organizaciones y reciben formación específica en EMDR y en el protocolo multicomponente diseñado. La intervención sigue un protocolo estructurado de 12 sesiones e incluye: cuatro sesiones centradas en favorecer la seguridad en el cuerpo mediante psicoeducación y enfoque de Terapia de Aceptación y Compromiso; cuatro sesiones dedicadas al procesamiento de un evento traumático mediante EMDR; cuatro sesiones orientadas a favorecer el bienestar y la conexión con el mundo mediante ejercicios basados en Psicología Positiva.

Discusión

Existe un creciente interés por las intervenciones centradas en el trauma dirigidas a personas con trastorno del espectro de la psicosis y diagnóstico comórbido de TEPT. Hasta la fecha, son tres las principales modalidades terapéuticas que han sido evaluadas mediante ensayos clínicos aleatorizados; la reestructuración cognitiva, la exposición prolongada y el EMDR.

Los estudios de reestructuración cognitiva muestran que, aunque esta modalidad puede contribuir a cierta mejoría, no parece superar en eficacia al tratamiento habitual (TAU). Por el contrario, tanto la exposición prolongada como el EMDR han mostrado resultados más prometedores, con una disminución de síntomas postraumáticos en comparación con un grupo control de lista de espera. No obstante, los efectos sobre variables secundarias, como

la sintomatología psicótica, la funcionalidad o la adherencia al tratamiento, requieren de mayor estudio.

Por otro lado, aunque la literatura disponible aún es limitada, se observa el desarrollo de varios ensayos clínicos multicéntricos actualmente en curso, liderados por equipos especializados en el Reino Unido, Países Bajos, Noruega y España. Estos estudios buscan superar las limitaciones metodológicas de investigaciones previas — como el reducido tamaño muestral, el corto período de seguimiento o la brevedad de las intervenciones— y evaluar la eficacia de protocolos más integrados e innovadores, incorporando medidas complementarias que podrían optimizar las intervenciones futuras. Uno de los principales desafíos para la implementación de estas terapias en contextos clínicos reales sigue siendo la percepción de los profesionales de la salud mental, cuya actitud, nivel de formación y creencias acerca de la seguridad y eficacia de las intervenciones centradas en el trauma pueden influir de manera significativa en su adopción y aplicación en la práctica asistencial. Si bien persisten reticencias sobre la aplicabilidad de estas terapias, estudios como el de [van der Berg et al. \(2016\)](#) han evidenciado que la formación específica, la experiencia supervisada y la sensibilización clínica reducen las creencias negativas de los terapeutas y aumentan la disposición a trabajar el trauma en esta población. Por lo tanto, una mayor difusión del conocimiento científico disponible, junto con programas de formación y protocolos de intervención estandarizados, podría facilitar la implementación de intervenciones centradas en trauma en personas con diagnósticos del espectro de la psicosis.

Además, el reconocimiento del papel del trauma en el desarrollo de la psicosis ha llevado a extender el foco de la investigación a otros grupos clínicos. Por ejemplo, se están desarrollando estudios de prevención secundaria en poblaciones con alto riesgo de psicosis, donde se busca determinar si una intervención temprana centrada en el trauma puede disminuir el riesgo de transición psicótica ([Varese et al., 2025](#)).

También, se está empezando a contemplar la relación entre el trauma y el contenido de las alucinaciones auditivas, un síntoma nuclear en la psicosis. Esto ha impulsado iniciativas como el estudio “Talking with Voices II”, Liderado por Longden y Bell, en Manchester, centrado en una intervención de diálogo con las voces que busca transformar la relación con las mismas. Sus resultados preliminares de viabilidad ([Longden et al., 2022](#)) y el protocolo del estudio en curso (ISRCTN15897915) abren nuevas vías para intervenciones más personalizadas y centradas en la narrativa del paciente.

En conjunto, los hallazgos de esta revisión apoyan la idea de que las intervenciones centradas en el trauma son no solo viables y seguras, sino también eficaces para una población históricamente excluida de este tipo de enfoques. No obstante, se necesita seguir investigando qué perfiles se benefician más de cada modalidad y cómo integrar estas intervenciones en los sistemas públicos de salud mental.

Conflicto de Intereses

Los autores no presentan conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este trabajo forma parte de un proyecto financiado por el Ministerio de ciencia, Innovación y Universidades del Gobierno de España (Proyecto I+D+I PID2020-115003RB-I00).

Además, agradecemos a los diferentes equipos de investigación que forman parte del “*EMDR for Psychosis International Consortium*” (the EPIC team), quienes no han proporcionado actualizaciones sobre sus proyectos en curso, lo cual ha sido esencial para la elaboración actualizada de este artículo.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington, VA.
- Bailey, T., Alvarez-Jimenez, M., Garcia-Sanchez, A. M., Hulbert, C., Barlow, E., y Bendall, S. (2018). Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(5), 1111–1122.
- Brand, R. M., McEnery, C., Rossell, S., Bendall, S., y Thomas, N. (2018). Do trauma-focussed psychological interventions have an effect on psychotic symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 195, 13–22.
- Buswell, G., Haime, Z., Lloyd-Evans, B., y Billings, J. (2021). A systematic review of PTSD to the experience of psychosis: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*, 21(1), 9.
- Burger, S. R., van der Linden, T., Hardy, A., de Bont, P., van der Vleugel, B., Staring, A. B. P., de Roos, C., van Zelst, C., Gottlieb, J. D., Mueser, K. T., van Minnen, A., de Jongh, A., Marcelis, M., van der Gaag, M., y van den Berg, D. (2022). Trauma-focused therapies for post-traumatic stress in psychosis: study protocol for the RE.PROCESS randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 851. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06808-6>
- Chadwick, E., y Billings, J. (2022). Barriers to delivering trauma-focused interventions for people with psychosis and post-traumatic stress disorder: A qualitative study of health care professionals’ views. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95, 541–560.
- ClinicalTrials.gov. (2024). *The key integrated trauma treatment in psychosis trial (KIT) [Registro de ensayo clínico]*. National Library of Medicine (US). <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06608706?cond=Psychiatric%20history&viewType=Table&rank=1>
- de Bont, P. A. J. M., van Minnen, A., y de Jongh, A. (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: A within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behavior Therapy*, 44(4), 717–730. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.07.002>
- de Bont, P. A. J. M., van der Berg, D. P. G., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., y van Minnen, A. M. (2016). Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: Effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 46(11), 2411–2421. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001094>
- Every-Palmer, S., Flewett, T., Dean, S., Hansby, O., Freeland, A., Weatherall, M., y Bell, E. (2024). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy compared to usual treatment for posttraumatic stress disorder in adults with psychosis in forensic settings: Randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(Suppl 3), S555–S560. <https://doi.org/10.1037/tra0001643>
- Foa, E. B., Hembree, E. A., y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001>

- Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Cusack, K. J., Kimble, M. O., Elhai, J. D., y Knapp, R. G. (2009). Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 665-675.
- Gairns, S., Alvarez-Jimenez, M., Hulbert, C., McGorry, P., y Bendall, S. (2015). Perceptions of clinicians treating young people with first-episode psychosis for post-traumatic stress disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(1), 12-20. <https://doi.org/10.1111/eip.12065>
- Gottlieb, J. D., Poyato, N., Valiente, C., Perdigón, A., y Vázquez, C. (2018). Trauma and posttraumatic stress disorder in Spanish public mental health system clients with severe psychiatric conditions: Clinical and demographic correlates. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(3), 234.
- Goodnight, J. R., Ragsdale, K. A., Rauch, S. A., y Rothbaum, B. O. (2019). Psychotherapy for PTSD: An evidence-based guide to a theranostic approach to treatment. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 88, 418-426.
- Hardy, A., Keen, N., van der Berg, D., Varese, F., Longden, E., Ward, T., y Brand, R. M. (2024). Trauma therapies for psychosis: A state-of-the-art review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97(1), 74-90.
- Hassan A.N., De Luca, V. (2015). The effect of lifetime adversities on resistance to antipsychotic treatment in schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 161(2-3):496-500. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.048>
- Kilcommons, A. M., y Morrison, A. P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 351-359.
- Lysaker, P. H., Beattie, N. L., Strasburger, A. M., y Davis, L. W. (2005). Reported history of child sexual abuse in schizophrenia: associations with heightened symptom levels and poorer participation over four months in vocational rehabilitation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 790-795.
- Longden, E., Corstens, D., Bowe, S., Pyle, M., Emsley, R., Peters, S., Branitsky, A., Chauhan, N., Dehmahdi, N., Jones, W., Holden, N., Larkin, A., Miners, A., Murphy, E., Steele, A., y Morrison, A. P. (2022). A psychological intervention for engaging dialogically with auditory hallucinations (Talking With Voices): A single-site, randomised controlled feasibility trial. *Schizophrenia Research*, 250, 172-179. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.11.007>
- Mersky, J.P., Topitzes, J., Langlieb, J., Dodge, K.A. (2021). Increasing mental health treatment access and equity through trauma-responsive care. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 91(6). <https://doi.org/10.1037/ort0000572>
- Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., Xie, H., Lu, W., Yanos, P. T., Rosenberg, S. D., Silverstein, S. M., Duva, S. M., Minsky, S., Wolfe, R. S., y McHugo, G. J. (2015). Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 501-508. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147926>
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Essock, S. M., Osher, F. C., et al. (2004). Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical, and health correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 45-57.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Post-traumatic stress disorder*. NICE GUIDELINE [NG116].
- Oconghaile, A., y DeLisi, L. E. (2015). Distinguishing schizophrenia from posttraumatic stress disorder with psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(3). <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000158>
- Panayi, P., Berry, K., Sellwood, W., Campodonico, C., Bentall, R., Varese, F. (2022). The role and clinical correlates of complex post-traumatic stress disorder in people with psychosis. *Frontiers in Psychology*, 13.
- Peters, E., Hardy, A., Dudley, R., Varese, F., Greenwood, K., Steel, C., Emsley, R., Keen, N., Bowe, S., Swan, S., Underwood, R., Longden, E., Byford, S., Potts, L., Heslin, M., Grey, N., Turkington, D., Fowler, D., Kuipers, E., y Morrison, A. (2022). Multisite randomised controlled trial of trauma-focused cognitive behaviour therapy for psychosis to reduce post-traumatic stress symptoms in people with co-morbid post-traumatic stress disorder and psychosis, compared to treatment as usual: Study protocol for the STAR (Study of Trauma And Recovery) trial. *Trials*, 23(1), 429. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06215-x>
- Read, J., y Bentall, R. P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: Theoretical, clinical and primary prevention implications. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 89-91. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096727>
- Ronconi, J. M., Shiner, B., y Watts, B. V. (2014). Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(1), 25-37. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000442936.23457.5b>
- Ryder, A. L., Azcarate, P. M., y Cohen, B. E. (2018). PTSD and Physical Health. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 116. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0977-9>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Seong, A., Cho, S.-E., y Na, K.-S. (2023). Prevalence and correlates of comorbid posttraumatic stress disorder in schizophrenia-spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Investigation*, 20(6), 483-492. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0353>
- Sin, J., y Spain, D. (2017). Psychological interventions for trauma in individuals who have psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Psychosis*, 9(1), 67-81.
- Steel, C., Hardy, A., Smith, B., Wykes, T., Rose, S., Enright, S., Hardcastle, M., Landau, S., Baksh, M. F., Gottlieb, J. D., Rose, D., y Mueser, K. T. (2017). Cognitive-behaviour therapy for post-traumatic stress in schizophrenia. A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 47(1), 43-51. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002117>
- Swan, S., Keen, N., Reynolds, N., y Onwumere, J. (2017). Psychological interventions for post-traumatic stress symptoms in psychosis: A systematic review of outcomes. *Frontiers in Psychology*, 8, 341.
- Vallath, S., Ravikanth, L., Regeer, B., Borba, P. C., Henderson, D. C., y Scholte, W.F. (2020). Traumatic loss and psychosis – reconceptualising the role of trauma in psychosis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1725322.
- van der Berg, D. P. G., y van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 664-671. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.011>
- van der Berg, D. P. G., De Bont, P. A. J. M., Van Der Vleugel, B. M., De Roos, C., De Jongh, A., Van Minnen, A., y Van Der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2637>
- van der Berg, D. P. G., van der Vleugel, B. M., de Bont, P. A. J. M., Thijssen, G., de Roos, C., de Kleine, R., Kraan, T., Ising, H., de Jongh, A., van Minnen, A., y van der Gaag, M. (2016). Exposing therapists to trauma-

- focused treatment in psychosis: Effects on credibility, expected burden, and harm expectancies. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 31712. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31712>
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Valiente-Gómez, A., Pujol, N., Moreno-Alcázar, A., Radua, J., Monteagudo-Gimeno, E., Gardoki-Souto, I., Hogg, B., Álvarez, M. J., Safont, G., Lupo, W., Pérez, V., Amann, B. L., y Group, the F.-E. R. (2020). A multicenter phase II RCT to compare the effectiveness of EMDR versus TAU in patients with a first-episode psychosis and psychological trauma: A protocol design. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1023. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.01023>
- Varese, F., Sellwood, W., Pulford, D., Awenat, Y., Bird, L., Bhutani, G., Carter, L.-A., Davies, L., Aseem, S., Davis, C., Hefferman-Clarke, R., Hilton, C., Horne, G., Keane, D., Logie, R., Malkin, D., Potter, F., Berg, D. van der, Zia, S., y Bentall, R. P. (2024). Trauma-focused therapy in early psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial of EMDR for psychosis (EMDRp) in early intervention settings. *Psychological Medicine*, 54(5), 874–885. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002532>
- Varese, F., Cartwright, K., Larkin, A., Sandys, M., Flinn, A., Newton, A., Lamonby, J., Samji, M., Holden, C., Bowe, S., Keane, D., Keen, N., Hardy, A., Malkin, D., Emsley, R., y Alsopp, K. (2025). *The 'REducing psychosiS risk by TARgeting Trauma' (RESTART) Trial: Protocol of a feasibility randomised controlled trial of trauma-focused cognitive behavioural therapy and eye movement desensitisation and reprocessing therapy for people with at-risk mental states*. Retrieved July 29, 2025, from <https://www.authorea.com/users/752285/articles/1250098-the-reducing-psychosis-risk-by-targeting-trauma-restart-trial-protocol-of-a-feasibility-randomised-controlled-trial-of-trauma-focused-cognitive-behavioural-therapy-and-eye-movement-desensitisation-and-reprocessing-therapy-for-people-with-at-risk-mental-states>
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. World Health Organization. <https://icd.who.int/>

Revisión Narrativa

Adaptaciones de la Terapia EMDR en Niños y Adolescentes con TEPT: Evidencia Clínica y Perspectivas de Investigación

Vanesa Peinado¹ , Cristina Cortés Viniegra²  y Carmen Valiente¹ 

¹Universidad Complutense de Madrid (España)

²Universidad Nacional de Educación a Distancia (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 21/08/2025
Aceptado: 12/10/2025

Palabras clave:

EMDR
TEPT
Niños
Adolescentes
TEPT pediátrico
Terapia centrada en el trauma
Adaptado al desarrollo

RESUMEN

El EMDR se ha consolidado como una intervención eficaz para el tratamiento del TEPT en adultos. Su aplicación en población infanto-juvenil requiere adaptaciones específicas. Esta revisión narrativa sintetiza la evidencia sobre la implementación de la terapia EMDR en población infantojuvenil expuesta a experiencias traumáticas, con diagnóstico de o sintomatología subumbral. Se analizaron diez estudios independientes, que abarcan ensayos clínicos controlados, series de casos y un piloto controlado aleatorizado. La mayoría de los estudios aplican adaptaciones basadas en manuales previamente publicados. Sin embargo, existe una considerable heterogeneidad en su implementación, y la descripción de las modificaciones es limitada. La implicación de los cuidadores varía significativamente, desde una presencia meramente formal hasta un rol activo de apoyo emocional durante las sesiones. En términos de eficacia, la escasa evidencia disponible indica que el EMDR supera generalmente a grupos en lista de espera y es comparable a intervenciones cognitivo-conductuales centradas en el trauma, con reducciones consistentes en la gravedad de los síntomas de TEPT. La revisión subraya la necesidad de documentar con detalle las adaptaciones y el rol de los cuidadores, aspectos clave para la replicación, estandarización y optimización de la práctica clínica en población infantojuvenil.

Adaptations of EMDR Therapy in Children and Adolescents with PTSD: Clinical Evidence and Research Perspectives

ABSTRACT

EMDR has been established as an effective intervention for treating PTSD in adults, but its application in children and adolescents requires specific adaptations. This narrative review synthesizes evidence on the implementation of the protocol in minors exposed to traumatic experiences, including those with PTSD diagnoses or subthreshold symptomatology. Ten independent studies were analyzed, mostly randomized clinical trials, but also cases and a pilot study. Most studies applied adaptations based on previously published manuals. Nevertheless, considerable heterogeneity exists in how these adaptations are implemented, and the reporting of modifications is often limited. The involvement of caregivers varies substantially, from a largely formal presence to an active role providing emotional support during sessions. In terms of efficacy, EMDR generally outperforms waitlist controls and is comparable to trauma-focused cognitive-behavioral interventions, showing consistent reductions in PTSD symptom severity. The review highlights the need for detailed documentation of adaptations and caregiver roles, which are essential for replication, standardization, and the optimization of clinical practice in pediatric populations.

Keywords:

EMDR
PTSD
Children
Adolescent
Pediatric PTSD
Trauma-focused therapy
Developmentally tailored

Cómo citar: Peinado, V., Cortés, C., y Valiente, C. (2025). Adaptaciones de la terapia EMDR en niños y adolescentes con TEPT: Evidencia clínica y perspectivas de investigación. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 38-45. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.46046>

Autor y e-mail de correspondencia: Vanesa Peinado, juliavpe@ucm.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) afectan a la vida de millones de personas menores de edad en todo el mundo, con una prevalencia estimada del 60,2 % (Madigan et al., 2023). Estos acontecimientos incluyen episodios traumáticos y situaciones de estrés intenso como violencia intrafamiliar, acoso escolar, o abuso sexual, y constituyen potentes factores de riesgo para problemas psicológicos a lo largo de la vida (Bellis et al., 2019). Más allá de su impacto psicológico, las EAI pueden dejar huellas neurobiológicas en los sistemas de regulación emocional, especialmente cuando las necesidades emocionales que generan no son adecuadamente identificadas y atendidas durante el desarrollo infantojuvenil (e.g., Callaghan et al., 2019).

Entre las consecuencias más relevantes de las EAI se encuentra el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Su diagnóstico en población infantojuvenil exige la evaluación de las manifestaciones clínicas específicas según la etapa evolutiva correspondiente (CIE-11). En personas menores de seis años, la sintomatología suele adoptar formas congruentes con su desarrollo: la reexperimentación aparece a través del juego repetitivo y de dibujos que recrean suceso traumático, junto con pesadillas cuyo contenido no siempre es claramente identificable. En paralelo, la percepción de amenaza puede expresarse como hiperactivación, con irritabilidad o rabietas atípicas por su intensidad o frecuencia. La evitación, por su parte, tiende a ser no verbal y situacional, visible en el rechazo a actividades nuevas o en una búsqueda insistente de seguridad en las figuras cuidadoras. Estos síntomas, a menudo, coexisten con regresiones evolutivas, como el control de esfínteres o habilidades lingüísticas, que reflejan la sobrecarga del sistema de regulación en estas edades.

Durante la edad escolar y adolescencia, si bien persisten manifestaciones conductuales similares, aumenta la aparición de conductas de riesgo (autolesiones, consumo de sustancias). Además, puede aumentar la reticencia a verbalizar experiencias internas y la evitación de situaciones que promueven la autonomía. Esta variabilidad sintomática hace que el TEPT en población infantojuvenil se infradiagnostique con frecuencia (Christoffersen et al., 2024), siendo habitual la atribución inicial de los síntomas a otros trastornos, como el TDAH, el trastorno negativista desafiante o los trastornos del espectro autista (Al-Attar y Worthington, 2024; McDonald y Ejesi, 2020; Odachowska-Rogalska, 2023).

La heterogeneidad en la expresión clínica del TEPT exige intervenciones ajustadas al nivel cognitivo, emocional y relacional del desarrollo. Entre los tratamientos de primera línea se recomienda, además de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-FT), la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) (OMS, 2013; NICE, 2018). No obstante, la evidencia sólida se concentra en mayores de 7 años, siendo limitada en los más pequeños (NICE, 2018). Esta restricción destaca la necesidad de contextualizar los fundamentos, y la aplicación del EMDR en la población infantojuvenil.

El EMDR (Shapiro, 1995), se fundamenta en el modelo de procesamiento adaptativo de la información (AIP), que postula que una parte significativa de la psicopatología surge cuando las experiencias traumáticas quedan almacenadas de forma desadaptativa o procesadas de manera incompleta (Hase et al., 2017). En la práctica clínica, el procedimiento combina la evocación

del recuerdo traumático con estimulación bilateral, habitualmente movimientos oculares (MO). Esta combinación establece un doble foco atencional que se asocia con una reducción de la intensidad emocional y un reprocesamiento más adaptativo del recuerdo. El protocolo estándar se organiza en ocho fases que orientan la intervención hacia la disminución de la reactividad emocional y la modificación de creencias disfuncionales.

Si bien el protocolo en adultos está claramente definido y cuenta con gran respaldo empírico (e.g., Simpson et al., 2025), su aplicación directa en población infantojuvenil plantea desafíos derivados de sus capacidades cognitivas, lingüísticas y regulatorias. En población infantil puede resultar inviable evocar y describir recuerdos de manera estructurada o responder a las preguntas de la fase de evaluación. Para solventar estas barreras, desde la década de 1990 diversos especialistas en infancia y adolescencia han desarrollado adaptaciones específicas que preservan la lógica del modelo, pero ajustan su aplicación al nivel evolutivo del paciente (Greenwald y Rubin, 1999; Tinker y Wilson, 1999).

Entre estas adaptaciones evolutivas se encuentra, por ejemplo, el enfoque narrativo *Storytelling* de Joan Lovett (1999, 2015), especialmente relevante cuando el desarrollo implica competencias lingüísticas limitadas. Este procedimiento activa el recuerdo traumático a través de narraciones diseñadas según la edad y comprensión del niño, mientras se aplica estimulación bilateral. Con el tiempo, ha acumulado evidencia clínica favorable que respalda su utilidad (Potharst et al., 2025). De forma paralela, se han descrito otras modificaciones orientadas a distintos niveles de desarrollo, como el ajuste del lenguaje terapéutico, el uso de metáforas, dibujos y juegos, o la incorporación de recursos visuales, incluidas escalas pictográficas y representaciones gráficas de emociones (Adler-Tapia y Settle, 2008; Morris-Smith y Silvestre, 2013).

Un aspecto diferencial de la terapia infantojuvenil frente a la realizada con adultos es la participación de los cuidadores, cuya implicación puede adoptar formas muy diversas. Las directrices actuales recomiendan incluir a los cuidadores en el tratamiento del TEPT infantil y adolescente (NICE, 2018; Schäfer et al., 2019). Sin embargo, esto plantea la cuestión de en qué medida deben incluirse, y qué papel desempeñan dentro del proceso terapéutico.

En este sentido, dentro del tratamiento EMDR, se han planteado distintas posturas respecto a la participación de los cuidadores. Por un lado, se considera que su participación puede fortalecer la sensación de seguridad y constituir un apoyo fundamental en el proceso terapéutico, favoreciendo la regulación emocional y la reparación de vínculos afectivos en la población infantojuvenil (Greenwald y Rubin, 1999; Morris-Smith y Silvestre, 2013; Cortés Viniegra, 2023). Por otro lado, se advierte que su presencia puede distraer durante la estimulación bilateral y, en casos de traumas no resueltos en los cuidadores, su inclusión podría interferir en el procesamiento terapéutico (Greenwald y Rubin, 1999; Adler-Tapia y Settle, 2008; Viniegra y Aumeunier-Gizard, 2021). Sin embargo, diversos autores resaltan la importancia de una participación continuada de los cuidadores para consolidar su rol en el tratamiento, siempre que puedan manejar adecuadamente las expresiones emocionales negativas del paciente (Morris-Smith y Silvestre, 2013; Viniegra y Aumeunier-Gizard, 2021).

A pesar de estas propuestas teóricas y de las adaptaciones clínicas ya introducidas, actualmente no existe una revisión sistemática que sintetice de manera crítica y comparada las adaptaciones del protocolo

EMDR en la población infanto-juvenil. Esta ausencia representa una limitación significativa para la práctica clínica, ya que obliga a los profesionales a tomar decisiones basadas en su heterogénea formación previa, su intuición o en experiencias aisladas, en lugar de criterios específicos fundamentados y contrastados en estudios científicos. Además, existe una notable carencia de evidencia empírica rigurosa que establezca con claridad y consenso cuándo, en qué fases y bajo qué condiciones específicas debe incluirse a los cuidadores en el proceso terapéutico, dificultando la estandarización y transferencia de los ajustes terapéuticos a diferentes contextos.

Frente a esta laguna crítica, la presente revisión narrativa constituye la primera síntesis exhaustiva y contextualizada de las adaptaciones evolutivas del EMDR en población infantojuvenil, organizada según las adaptaciones realizadas por edad y el rol de los cuidadores. Este trabajo pretende, no solo aportar un marco teórico actualizado que facilite la toma de decisiones clínicas, sino que también señalar el estado del arte para la investigación futura, en cuanto a la validación y optimización de las intervenciones según la etapa evolutiva. Así, se espera que sus hallazgos contribuyan a una práctica clínica más precisa, homogénea y basada en la evidencia, mejorando la atención a niños y adolescentes afectados por experiencias traumáticas.

Método

Esta revisión narrativa se diseñó siguiendo las recomendaciones de la *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles* (SANRA; Baethge et al., 2019) que pretende garantizar claridad, transparencia y rigor en la síntesis de la evidencia.

El objetivo de este estudio fue identificar, describir y contextualizar las adaptaciones del protocolo estándar de EMDR aplicadas a población infantojuvenil expuesta a experiencias traumáticas. Los criterios de inclusión de estudios fueron (1) población diana hasta 18 años; (2) con diagnóstico de TEPT o sintomatología subumbral; (3) intervención EMDR aplicada de forma presencial individual (no en grupo); (4) con evaluación pre y post intervención de sintomatología TEPT; (5) estudios clínicos aleatorizados o no aleatorizados y estudios de caso; (6) publicados en inglés o español.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PsycINFO, PubMed y Epistemonikos, abarcando el periodo de 1995 a agosto de 2025. Se emplearon descriptores en relacionados con la población infantojuvenil, el trastorno de estrés postraumático y EMDR. Se identificaron 88 registros y, tras el proceso de selección, se incluyeron 14 registros correspondientes a 10 estudios diferentes. La figura 1 muestra el flujo de selección.

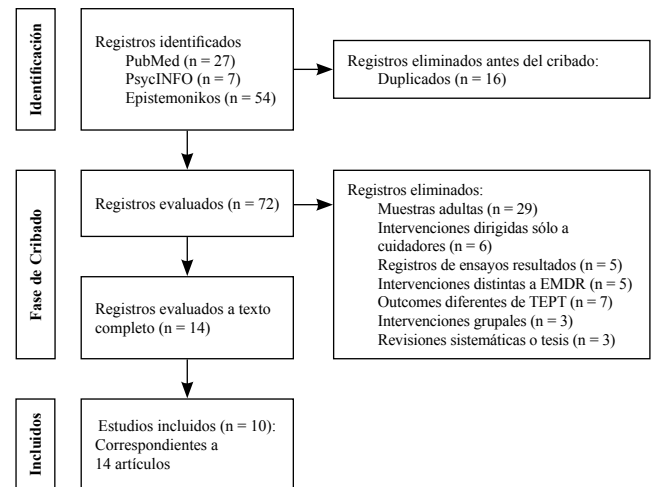
La información recopilada se organizó de forma temática. Primero se describen las adaptaciones realizadas de los distintos componentes de la intervención en las edades de la muestra, después se sintetiza la información aportada por los estudios sobre el papel de los cuidadores durante la intervención, y finalmente se desglosan los resultados encontrados en la sintomatología TEPT.

Resultados

Los estudios incluidos en esta revisión comprenden ocho ensayos controlados aleatorizados, un estudio piloto y una serie de casos prospectiva que examinan la aplicación de EMDR en

Figura 1

Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Estudios Incluidos en la Revisión Narrativa



distintos contextos clínicos. La mayoría de las intervenciones revisadas se dirigieron a la sintomatología de TEPT derivada de experiencias traumáticas repetidas. Asimismo, tres de los diez estudios intervinieron tras un evento traumático único como desastres naturales, accidentes de tráfico, experiencias de abuso, u otros sucesos aislados.

En cuanto al diseño metodológico, predominaron los estudios que compararon EMDR con intervenciones de referencia, principalmente terapia cognitivo-conductual (TCC), ya fuera en combinación con lista de espera (tres estudios) o frente a otra intervención activa (dos estudios). Además, se identificaron tres estudios que utilizaron únicamente lista de espera como control, uno que contrastó EMDR con tratamiento habitual (TAU) y una aproximación exploratoria sin grupo control. A continuación, se describen los estudios organizados según las características establecidas para esta revisión narrativa.

Adaptaciones Evolutivas del Protocolo

Los estudios revisados muestran diferencias notables en el grado de adaptación del protocolo EMDR cuando se aplica en población infantil y adolescente (ver Tabla 1). Mientras que dos de estos trabajos utilizan el protocolo de adultos con apenas modificaciones y sin referencias explícitas (Ahmad et al., 2007, 2008; Chemtob et al., 2002), la mayoría se apoyan en manuales o adaptaciones previamente publicadas (Diehle et al., 2015; Jaberghaderi et al., 2019; Knipschild et al., 2023; Meentken et al., 2018, 2020, 2021; Rolling et al., 2024; de Roos et al., 2017, 2021; Velu et al., 2022). Tan sólo uno de los estudios identificados introduce cambios basados en distintas fuentes clínicas y teóricas (Kemp et al., 2010).

Entre los estudios que describen modificaciones puntuales se encuentra el estudio de Ahmad et al. (2007, 2008). Estos autores emplean el protocolo básico estándar de adultos de Shapiro (1995) en una muestra entre 6 y 16 años. Las adaptaciones descritas se emplean tras comprobar que hay dificultades para seguir el protocolo adulto. Las adaptaciones se ciñen a las escalas de medición del

Tabla 1
Adaptaciones y rol de los Cuidadores

Estudio	Edad	Evento	Adaptaciones	Inclusión de cuidadores	Sesiones
Ahmad et al. (2007, 2008)	6 - 16	≥ 1	Puntual	No, excepto si lo requería la persona menor Papel = Observador	8 45 min
Chemtob et al. (2002)	6 a 12	1	Puntual	No se especifican	3
Diehle et al. (2015)	8 a 18	≥ 1	Beer y de Roos (2008)	Sí, 15 min/sesión o reunión con el terapeuta	≤ 8 60 min
Jaberghaderi et al. (2019)	8 a 12	> 1	Greenwald (2007)	Sí, participan activamente en todas las sesiones	≤ 12 45-60 min)
Kemp et al. (2010)	6 a 12	1	Nader y Pynoos, (1993), Wolpe, (1982) y Yule, (1994)	Sí, si la persona menor quiere	4 60 min
Knipschild et al. (2023)	12-18	> 1	Shapiro, (2001)	Sí, participación requerida como parte del diseño	12
Meentken et al. (2018, 2020, 2021)	4 - 15	≥ 1	de Roos et al. (2013) y Lovett, (1999, 2015)	Se acuerda entre persona menor y terapeuta	6 60 min
Rolling et al. (2024)	12 - 17	> 1	Morris-Smith y Silvestre, (2015)	< 13 años = en las sesiones de procesamiento, ≥ 13 = fase de preparación y re-evaluación	10 90 min
de Roos et al. (2017, 2021)	8 - 18	1	Tinker y Wilson (1999) y Greenwald y Rubin (1999)	No	≤ 6 45 min
Velu et al. (2022)	8 - 18	> 1	de Roos et al. (2019)	Orientación parental No participan en las sesiones EMDR	≤ 8 75 min

Nota: Min = minutos.

malestar *Subjective Units of Disturbance* (SUD), de validez de la creencia positiva o *Validity of Cognition* (VOC), y las escalas de evaluación de emociones. Específicamente, en relación con el SUD y el VOC, señalan el uso de una escala visual compuesta por una línea. Además, describen para los más pequeños, sin especificar la edad concreta, una escala verbal con las categorías «nada / poco / a menudo / todo el tiempo», y la omisión de la creencia positiva si la dificultad era excesiva. Asimismo, indican que, cuando se presentan dificultades para evaluar emociones, se recurre al uso de imágenes faciales. Estos autores no especifican el origen de estas adaptaciones, ni el criterio de aplicación de las mismas dentro de la franja de edad de su muestra.

El estudio de Chemtob et al. (2002) con población infantil de 6 a 12 años, no describe adaptaciones específicas, salvo el uso de *tapping* cuando los movimientos oculares no resultan viables. Sin embargo, los autores describen que los terapeutas que llevaban las sesiones recibieron una formación de 16 horas con Robert Tinker, referente en la aplicación de EMDR en población infantil, lo que puede aportar cierto contexto, aunque no se detallan las adaptaciones utilizadas.

Siete de los diez estudios revisados han aplicado adaptaciones basadas en manuales previamente publicados para población infantil y adolescente. Sin embargo, el origen de estas adaptaciones es heterogéneo y, no se especifican qué adaptaciones concretas fueron aplicadas, ni se detallan los criterios que guiaron en qué casos se realizó su aplicación. La Tabla 1 muestra el origen de las adaptaciones realizadas por estos estudios.

Entre los estudios identificados, sólo uno integra procedimientos y estrategias procedentes de distintas fuentes previamente publicadas, Kemp et al. (2010). Estos autores trabajan con una muestra de 6 a 12 años, e introducen adaptaciones basadas en Nader y Pynoos (1993), Wolpe (1982) y Yule (1994). Excepcionalmente incluyen un anexo detallado con las adaptaciones utilizadas

en cada fase del protocolo. Entre ellas, instrucciones simples, lenguaje adecuado a la edad, dibujos para la evocación del recuerdo traumático, escalas visuales analógicas para SUD y VOC, refuerzo verbal suave (bien) durante los movimientos oculares para reducir la ansiedad, pausas y momentos de juego, e incorporación de juguetes.

En general, los estudios revisados afirman que introducen únicamente las adaptaciones estrictamente necesarias, procurando mantener la fidelidad al protocolo estándar. Las adaptaciones responden a las necesidades de ajustar el lenguaje, las escalas de medición, y la forma de acceder al recuerdo del evento traumático. Algunos estudios realizan modificaciones puntuales, pero la mayoría se apoya en manuales previamente publicados, como los de Greenwald (1999, 2007), Tinker y Wilson (1999) o Shapiro (2001). Sin embargo, estas fuentes son heterogéneas, y la falta de descripción, y justificación de las mismas, no permite saber adaptaciones comunes en los estudios.

Finalmente, el rango de edad de las muestras es considerablemente amplio, pero no se describen las características o edades de los individuos en los que se aplicaron las adaptaciones. Esta omisión resulta relevante, dado que dichas variables pueden influir en los resultados y, sin embargo, no se reportan de forma sistemática.

Inclusión de los Cuidadores en la Intervención

La revisión evidencia una amplia variabilidad en la forma en que los estudios contemplan la participación de los cuidadores dentro del tratamiento EMDR infantil y adolescente. En algunos casos, su rol se limita a aspectos formales o a una presencia meramente pasiva, mientras que, en otros, se establece una participación más estructurada, y continua como agentes activos de apoyo emocional (Tabla 1).

Entre los estudios donde su implicación es mínima, Chemtob et al. (2002) únicamente mencionan a los cuidadores en relación

con la firma de consentimientos, sin referencia a su papel en las sesiones. En [Ahmad et al. \(2007, 2008\)](#) los cuidadores solo podían acceder si la persona menor de edad lo solicitaba, limitándose a un papel de observadores sin posibilidad de intervenir. De forma similar, en el estudio de [Meentken et al. \(2018, 2020, 2021\)](#), la presencia de los cuidadores se permitió únicamente bajo esa misma condición, y siempre como observadores pasivos. Finalmente, en [Velu et al. \(2022\)](#) los cuidadores estuvieron presentes al inicio de la primera sesión, donde recibieron psicoeducación sobre el TEPT y la intervención, pero el núcleo del tratamiento se desarrolló sin ellos.

Otros estudios conceden a los cuidadores un papel más estructurado, aunque acotado. En [Diehle et al. \(2015\)](#) los cuidadores fueron invitados a unirse durante 15 minutos de cada sesión o a tener un encuentro individual con el terapeuta. Sin embargo, los autores no especifican en qué parte de la sesión y el proceso entraban a sesión, ni quien decidía o en base a qué se realizaba una opción u otra. Por su parte, [de Roos et al. \(2017, 2021\)](#) incluyeron a los cuidadores en la primera sesión, donde recibieron información sobre el TEPT y el tratamiento, y posteriormente, también al inicio y al final de cada sesión, momento en el que se les invitaba a aportar observaciones sobre la evolución observada desde su perspectiva. En [Knipschild et al. \(2023\)](#) describen la presencia de un cuidador no-ofensor como un requisito del diseño del estudio y, además de cumplimentar medidas de estrés parental y evaluación del vínculo, debían acompañar el proceso, aunque no se especifican sus cometidos concretos en sesión.

Finalmente, algunos trabajos promueven un rol más activo y de apoyo directo por parte de los cuidadores. [Jaberghaderi et al. \(2019\)](#) les ofrecieron una sesión de psicoeducación y los invitaron a participar activamente en el tratamiento, siguiendo las recomendaciones de [Greenwald \(2007\)](#), que plantea su inclusión como fuente de calma y seguridad. No obstante, no se especifica en qué casos o bajo qué circunstancias su presencia pudo considerarse inadecuada. En [Kemp et al. \(2010\)](#) los cuidadores desempeñaron un papel activo de acompañamiento físico y emocional, siempre en función de las necesidades de la persona menor de edad: podían estar presentes si su compañía favorecía la sensación de seguridad o control, pero se excluía su participación cuando presentaban síntomas de trauma intenso que pudieran interferir en el proceso.

Por último, [Rolling et al. \(2024\)](#) integraron de forma destacada a los cuidadores desde la fase preparatoria como fuente de seguridad y apoyo según la calidad del vínculo, la dinámica familiar, el tipo de apego, y su disponibilidad. En menores de 13 años, los cuidadores estuvieron presentes también en las sesiones de procesamiento mientras que, en los mayores de esta edad, su participación se concentró en la preparación y en la reevaluación. Además, los autores describen que, en esta última fase de reevaluación, el papel de los cuidadores fue especialmente activo, validando los cambios conseguidos, reforzando los logros y trabajando de forma directa en la mejora de la comunicación y la relación familiar.

En conjunto, la revisión de los artículos identificados muestra que la inclusión de los cuidadores en estudios de investigación varía desde una presencia meramente formal hasta un rol central en el proceso terapéutico. Sin embargo, en general, la literatura adolece de falta de descripción del procedimiento relacionado con la integración de los cuidadores, específicamente en cuanto a los criterios que rigen su integración en el proceso terapéutico y su nivel de participación. Esta diversidad refleja la falta de consenso

y estandarización de los criterios, fases de la intervención y roles en los que resulta más beneficioso implicarlos.

Resultados en Síntomas TEPT

En los estudios que compararon EMDR con lista de espera, los resultados muestran que todos, excepto uno, resultaron en una mayor eficacia de EMDR. [Ahmad et al. \(2007, 2008\)](#) encontraron reducciones significativamente mayores en el grupo tratado con EMDR en la puntuación total de TEPT, así como en los síntomas de reexperimentación y evitación. De manera consistente, [Kemp et al. \(2010\)](#) observaron que los niños del grupo EMDR redujeron de forma más pronunciada tanto el número de criterios diagnósticos como la gravedad de los síntomas de TEPT, con mejoras que se mantuvieron durante los seguimientos posteriores. [Jaberghaderi et al. \(2019\)](#) también reportaron una disminución significativa de síntomas en los grupos EMDR y de TCC, sin diferencias significativas entre estos grupos, pero sí con la lista de espera. En contraste, el estudio de [Chemtob et al. \(2002\)](#) mostró una mejoría significativa en ambos grupos, EMDR y lista de espera, pero sin diferencias entre ellos.

En las comparaciones con tratamientos activos, los resultados apuntan a una eficacia similar entre EMDR y otras intervenciones. En el estudio de [Diehle et al. \(2015\)](#), tanto EMDR como TF-CBT produjeron reducciones significativas de síntomas de TEPT de la medición pre-intervención a la post-evaluación, sin diferencias entre ambos grupos. En la misma línea, [de Roos et al. \(2017, 2021\)](#) hallaron que tanto EMDR como la terapia cognitivo conductual basada en la escritura (CBT-WT) fueron altamente efectivos, con tasas de remisión diagnóstica superiores al 90 %. Aunque no hubo diferencias en eficacia entre las dos intervenciones, ambas superaron claramente a la recuperación espontánea observada en lista de espera. Por su parte, [Meentken et al. \(2018, 2020, 2021\)](#) encontraron reducciones significativas de síntomas de TEPT tanto en el grupo EMDR como en el de tratamiento habitual, sin diferencias entre ellos.

Finalmente, algunos estudios no permiten extraer conclusiones firmes. En [Rolling et al. \(2024\)](#) se reportó una disminución significativa de síntomas del pre al post, aunque el diseño carecía de grupo control. Otros trabajos no presentan todavía resultados: [Knipschild et al. \(2023\)](#) continúa en fase de recogida de datos, y [Velu et al. \(2022\)](#) corresponde únicamente al protocolo del estudio.

En conjunto, los hallazgos sugieren que EMDR es eficaz en la reducción de síntomas de TEPT en población infantil y adolescente, con efectos que suelen ser superiores a la lista de espera y comparables a los obtenidos con TCC-FT ([Tabla 2](#)).

Discusión

El EMDR se ha consolidado como un tratamiento eficaz para el TEPT en adultos, respaldado por la investigación ([Simpson et al., 2025](#)), y el reconocimiento de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE). En el caso de la población infantil, guías internacionales como NICE señalan que aún se requiere mayor evidencia científica, y la investigación disponible indica que su aplicación demanda adaptaciones específicas al protocolo para esta población ([Struik, 2024](#)). Esta revisión narrativa se planteó como

Tabla 2*Diseño y Eficacia de los Estudios Incluidos*

Estudio	Diseño	Condiciones	Eficacia
Ahmad et al. (2007, 2008)	ECA	EMDR vs LE	Disminución de TEPT, reexperimentación y evitación significativamente mayor en EMDR vs LE
Chemtob et al. (2002)	ECA	EMDR vs LE	Disminución TEPT en ambos brazos de pre a post sin diferencias entre ellos
Diehle et al. (2015)	ECA	EMDR vs TCC-FT	Disminución TEPT en ambos brazos de pre a post sin diferencias entre ellos
Jaberghaderi, et al. (2019)	ECA	EMDR vs TCC vs LE	Disminución significativa de TEPT en EMDR y en TCC vs LE
Kemp et al. (2010)	PCA	EMDR vs LE	Disminución significativa de TEPT en EMDR, pero no en LE
Knipschild et al. (2023)	ECA	EMDR vs STAIR + EMDR	Resultados no publicados aún
Meentken et al. (2018, 2020, 2021)	ECA	EMDR vs TAU	Disminución significativa de TEPT de pre a post y seguimiento (6m) sin diferencias entre brazos
Rolling et al. (2024)	ECP	EMDR	Disminución significativa de TEPT en EMDR
de Roos et al. (2017, 2021)	ECA	EMDR vs CBWT vs LE	Disminución significativa de TEPT en post y seguimientos sin diferencias entre EMDR y CBWT. Ambos mejor que LE
Velu et al. (2022)	ECA	EMDR vs KIDNET vs LE	Resultados no publicados aún

Nota: ECA=Ensayo Aleatorizado Controlado; PCA = Estudio piloto controlado aleatorizado; ECP = Estudio prospectivo de serie de casos; LE = lista de espera; TCC-FT = Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma; TCC = Terapia Cognitivo Conductual; CBWT = Cognitive Behavioural Writing Therapy; STAIR = Skill Training in Affective and Interpersonal Regulation ; KIDNET = Child Version of Narrative Exposure Therapy; TAU = Tratamiento habitual; EMDR = Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares; TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático.

objetivo identificar, describir y contextualizar las adaptaciones del protocolo estándar de EMDR aplicadas a población infantojuvenil expuesta a experiencias traumáticas.

Esta revisión identificó 10 estudios correspondientes a 14 publicaciones. En cuanto a las adaptaciones del protocolo EMDR, es destacable que la gran mayoría de estudios se basan en manuales publicados. Las adaptaciones descritas incluyen el uso de lenguaje simplificado, la modificación de escalas para medir SUD y VOC, recursos visuales para medir emociones y la incorporación de estrategias alternativas para acceder y procesar los recuerdos traumáticos (como dibujos o narraciones) Además algunos autores señalan que flexibilizaron el ritmo de las sesiones mediante descansos, y emplearon materiales lúdicos, como juguetes. En general, estos aspectos suelen ser mencionados de manera superficial, y poco sistematizada en la literatura, poniendo de manifiesto la necesidad de explicitar los criterios de adaptación en futuras investigaciones.

En los estudios identificados los rangos de edad de las muestras son amplios, pero la mayoría de los autores no precisan si emplearon las adaptaciones con todas las edades o individuos de la muestra, o sólo en determinados subgrupos. Explicitar los criterios bajo los cuales se tomaron decisiones en relación con estas adaptaciones garantizaría la replicabilidad y una práctica clínica guiada por la evidencia.

En referencia a la inclusión de los cuidadores en los estudios identificados, la participación de los mismos presenta una gran variabilidad. En algunos estudios su rol se limita a la participación en la evaluación o la presencia en las sesiones si la persona menor lo requiere, pero sólo como observadores. En otros, su implicación es más activa, ya sea como apoyo emocional o físico o como parte integral del protocolo. Existen además modelos intermedios que contemplan una presencia parcial, al inicio o final de la sesión, aunque sin detallar funciones específicas. Esta falta de sistematización contrasta con la evidencia que señala

que la inclusión de los cuidadores favorece la estabilización emocional y fortalece el sistema familiar, aspectos clave para la eficacia terapéutica (Cortés Viniegra, 2023; Struik et al., 2024). De hecho, un metaanálisis reciente indica que su participación puede incrementar de forma significativa los beneficios del tratamiento en población infanto-juvenil (Szota et al., 2023). Sin embargo, pese a las recomendaciones de guías clínicas y asociaciones especializadas, la ausencia de criterios estandarizados para evaluar la inclusión de los cuidadores, así como la escasa descripción de sus funciones cuando estos son incluidos, limitan la comparabilidad entre estudios y dificultan la formulación de pautas clínicas claras.

En cuanto a la eficacia, la mayoría de los estudios revisados muestran que el EMDR presenta efectos superiores a las listas de espera (Ahmad et al., 2007, 2008; Kemp et al., 2010; Jaberghaderi et al., 2019), con la excepción del trabajo de Chemtob et al. (2002). Cuando se compara con la terapia cognitivo-conductual, los resultados tienden a ser equivalentes, en línea con lo encontrado en metaanálisis recientes (Moreno-Alcázar et al., 2017). Por tanto, aunque no tenemos datos sobre la eficacia de adaptaciones concretas, si podemos afirmar que los estudios encontrados encuentran la terapia EMDR eficaz como terapia infantojuvenil cuando ha habido experiencias traumáticas. Futuros estudios podrán iluminar los vacíos sobre la eficacia concreta de determinadas adaptaciones, contemplando diferencias de género, así como los criterios más eficaces para determinar la inclusión de los cuidadores.

Las implicaciones clínicas derivadas de esta revisión subrayan la necesidad de que los profesionales que implementen EMDR en población infantojuvenil realicen una evaluación rigurosa del desarrollo evolutivo de los pacientes menores de edad, adaptando de forma individualizada el protocolo terapéutico. Ante la falta de sistematización en la literatura científica sobre los criterios de adaptación y la inclusión de los cuidadores, resulta fundamental que tanto los clínicos como futuros estudios documenten con precisión las adaptaciones implementadas y los grados de

participación familiar, contribuyendo así a la transparencia y replicabilidad del proceso terapéutico. De igual modo, la evidencia creciente sobre el impacto positivo de la implicación de los cuidadores sugiere que su inclusión activa en el tratamiento puede maximizar los beneficios, favoreciendo la estabilización emocional y la resiliencia familiar, aspectos esenciales para la recuperación y el desarrollo saludable tras experiencias traumáticas.

En conjunto, la revisión evidencia que tanto las adaptaciones del protocolo como la implicación de los cuidadores son dimensiones centrales en la práctica clínica con población infantojuvenil, pero permanecen insuficientemente documentadas. Una descripción más precisa de los criterios de selección, de las modificaciones introducidas y de los grados y momentos de participación de ellos cuidadores es esencial para examinar su impacto, facilitar la replicación y avanzar hacia la estandarización y optimización del EMDR en población infanto-juvenil.

Conflicto de Interés

Los autores no tienen conflictos de interés.

Agradecimientos

Agradecemos la financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España, en el marco del proyecto de I+D+i PID2020-115003RB-I00.

Referencias

- Adler-Tapia, R., y Settle, C. (2008). *EMDR and the art of psychotherapy with children: guidebook and treatment manual*. Springer Publishing Company.
- Ahmad, A., y Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 127-132. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0646-8>
- Ahmad, A., Larsson, B., y Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 349-354. <https://doi.org/10.1080/08039480701643464>
- Al-Attar, Z., y Worthington, R. (2024). Trauma or autism? Understanding how the effects of trauma and disrupted attachment can be mistaken for autism. *Advances in Autism*, 10(3), 120-134. <https://doi.org/10.1108/AIA-07-2023-0041>
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., y Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
- Beer R., de Roos C. (2008). EMDR bij kinderen en adolescenten, een nieuw perspectief. In: Ten Broeke E, de Jongh A, Oppenheim H-J (eds.). *Praktijkboek EMDR*. Harcourt, Amsterdam.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., y Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517-e528. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Callaghan, B. L., Gee, D. G., Gabard-Durnam, L., Telzer, E. H., Humphreys, K. L., Goff, B., ... y Tottenham, N. (2019). Decreased amygdala reactivity to parent cues protects against anxiety following early adversity: An examination across 3 years. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 4(7), 664-671. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.02.001>
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., y Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of clinical psychology*, 58(1), 99-112. <https://doi.org/10.1002/jclp.1131>
- Christoffersen, M. N., y Thorup, A. A. (2024). Post-traumatic stress disorder in school-age children: a nationwide prospective birth cohort study. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 139-157. <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00611-y>
- Cortés Viniestra, C. (2023). *Esculpiendo palabras en la arena*. Desclee de Brouwer.
- de Roos, C., Beer, R., de Jongh, A., y Ten Broeke, E. (2013). EMDR protocol voor kinderen en jongeren tot 18 jaar. *Vereniging EMDR Nederland*.
- de Roos C, Beer R, De Jongh A., y Ten Broeke, E. (2019) *Protocol EMDR*. Available from: <https://www.emdr.nl>
- de Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., y De Jongh, A. D. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: A multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), 1219-1228. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12768>
- de Roos, C., Zijlstra, B., Perrin, S., van der Oord, S., Lucassen, S., Emmelkamp, P., y de Jongh, A. (2021). Predictors and moderators of treatment outcome for single incident paediatric PTSD: A multi-centre randomized clinical trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1968138. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1968138>
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., y Lindauer, R. J. (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. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0572-5>
- Greenwald R. *EMDR within a phase model of trauma-informed treatment*. New York: Routledge; 2007.
- Greenwald, R., y Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9(1), 61-75. <https://doi.org/10.1177/104973159900900105>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Ostacoli, L., Liebermann, P., y Hofmann, A. (2017). The AIP model of EMDR therapy and pathogenic memories. *Frontiers in psychology*, 8, 1578. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01578>
- Jaberghaderi, N., Rezaei, M., Kolivand, M., y Shokoohi, A. (2019). Effectiveness of cognitive behavioral therapy and eye movement desensitization and reprocessing in child victims of domestic violence. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(1), 67.
- Kemp, M., Drummond, P., y McDermott, B. (2010). A wait-list controlled pilot study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for children with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms from motor vehicle accidents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 5-25. <https://doi.org/10.1177/1359104509339086>
- Knipschild, R., Klip, H., van Leeuwen, D., van Onna, M. J., Lindauer, R. J., Staal, W. G., ... y de Jongh, A. (2023). Treatment of multiple traumatized adolescents by enhancing regulation skills and reducing trauma related symptoms: rationale, study design, and methods of randomized controlled trial (the Mars-study). *BMC Psychiatry*, 23(1), 644. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05073-4>
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. The Free Press.

- Lovett, J. (2015). *Trauma-attachment tangle: Modifying EMDR to help children resolve trauma and develop loving relationships*. Routledge.
- Madigan, S., Deneault, A. A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., ... y Neville, R. D. (2023). Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry*, 22(3), 463-471. <https://doi.org/10.1177/0706743718792194>
- McDonald, A. C., Ejesi, K. (2020). When Trauma Mimics ADHD. In: Schonwald, A. (eds) ADHD in Adolescents. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-62393-7_13
- Meentken, M. G., van Beynum, I. M., Aenderkerk, E. W., Legerstee, J. S., El Marroun, H., van der Ende, J., ... y Utens, E. M. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in children and adolescents with subthreshold PTSD after medically related trauma: design of a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1536287. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1536287>
- Meentken, M. G., Van Der Mheen, M., Van Beynum, I. M., Aenderkerk, E. W., Legerstee, J. S., Van Der Ende, J., ... y Utens, E. M. (2021). Long-term effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescents with medically related subthreshold post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(4), 348-357. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa006>
- Meentken, M. G., van der Mheen, M., van Beynum, I. M., Aenderkerk, E. W., Legerstee, J. S., van der Ende, J., ... y Utens, E. M. (2020). EMDR for children with medically related subthreshold PTSD: short-term effects on PTSD, blood-injection-injury phobia, depression and sleep. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1705598. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1705598>
- Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Pérez, V., Amann, B. L., y Radua, J. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescent with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750>
- Morris-Smith, J., y Silvestre, M. (2013). *EMDR for the Next Generation: Healing Children and Families*. Academic Publishing International Limited.
- Morris-Smith, J., y Silvestre, M. (2015). *L'EMDR avec l'enfant et sa famille: contextualisation et travail intégratif*. Dunod.
- Nader, K., y Pynoos, R. S. (1993). *The children of Kuwait after the Gulf crisis*. In L.A. Leavitt, y N.A. Fox (Eds.) The psychological effects of war and violence on children. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NICE Guideline No. 116). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Odachowska-Rogalska, E. (2023). Differentiation of the clinical diagnoses of autism spectrum disorder (ASD), attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and post-traumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatr Psychol Klin*, 23(4), p. 297-306. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2023.0037>
- Potharst, E. S., Holtkamp, P., Walliser, L., Dommerholt, A. H., van den Heuvel, M. E., Spierts, I., y Maric, M. (2025). Improving infant mental health: A pilot study on the effectiveness, acceptability and feasibility of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) storytelling in infants with post-traumatic distress after medical procedures. *Evaluation & the Health Professions*, 48(1), 55-70. <https://doi.org/10.1177/01632787241268176>
- Rolling, J., Fath, M., Zanonato, T., Durpoix, A., Mengin, A. C., y Schröder, C. M. (2024, October). EMDR-Teens-cPTSD: Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in adolescents with complex PTSD secondary to childhood abuse: A case series. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 19, p. 1993). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191993>
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., ... y Wöller, W. (2019). *S3-leitlinie posttraumatische belastungsstörung*. Berlin: Springer.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. (2nd ed). Guilford Press.
- Simpson, E., Carroll, C., Sutton, A., Forsyth, J., Rayner, A., Ren, S., ... y Wood, E. (2025). Clinical and cost-effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing for treatment and prevention of post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjop.70005>
- Struik, A. (2024). EMDR with children an overview of research and clinical practice. *Journal of the New Zealand College of Clinical Psychologists*, 34(1), 49-58. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10939142>
- Szota, K., Schulte, K. L., y Christiansen, H. (2023). Interventions involving caregivers for children and adolescents following traumatic events: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(1), 17-32. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00415-2>
- Tinker, R. H., y Wilson, S. A. (1999). *Through the eyes of a cChild: EMDR with children*. WW Norton & Co.
- Velu, M. E., Martens, I., Shahab, M., de Roos, C., Jongedijk, R. A., Schok, M., y Mooren, T. (2022). Trauma-focused treatments for refugee children: study protocol for a randomized controlled trial of the effectiveness of KIDNET versus EMDR therapy versus a waitlist control group (KIEM). *Trials*, 23(1), 347. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06178-z>
- Viniegra, C. C., y Aumeunier-Gizard, M. F. (2021). Facilitating integrated mental, emotional, and physical states in children who have suffered early abandonment trauma. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100214. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100214>
- Wolpe, J. (1982). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505406>
- Yule, W. (1994). Posttraumatic stress disorder. In T.H. Ollendick, N.J. King, y W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum Press.

Artículo

Eficacia de un Programa en Psicoterapia Transpersonal. Efectos de *El Juego de la Atención* Sobre los *Cinco Grandes* Factores de la Personalidad

Javier Corbalán¹, Vanesa García-Peñas¹ y Marly Kuenerz²

¹Universidad de Murcia, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos (España)

²Instituto Marly Kuenerz. Madrid (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 28/08/2024
Aceptado: 28/09/2025

Palabras clave:

Psicoterapia grupal
Eficacia
Rasgos de personalidad
Cinco Grandes
Factor general de personalidad
El Juego de la Atención
Psicoterapia transpersonal

RESUMEN

Enmarcado en el contexto de la psicología transpersonal, *El Juego de la Atención* es un modelo de psicoterapia grupal desarrollado por Marly Kuenerz a lo largo de los últimos 35 años. El propósito de este estudio es evaluar la eficacia de este enfoque estructurado para favorecer mejoras en la salud mental y emocional de los participantes, reflejadas en cambios positivos en dimensiones de la personalidad asociadas al bienestar psicológico y a una menor presencia de psicopatología. Para ello, se evaluó a 215 participantes en el proceso terapéutico, de los cuales el 18 % eran hombres y el 82 % mujeres, con una edad promedio de 43,2 años ($DE = 9,2$). Los análisis muestran mejoras estadísticamente significativas entre el pretest y el posttest, realizado un año después, en la dimensión de Estabilidad emocional, considerada el polo opuesto al Neuroticismo, ambos pertenecientes al modelo de los *Cinco Grandes* factores de personalidad, y evaluados mediante el cuestionario BFQ. Además, se observó un tamaño del efecto bastante alto (d de Cohen = 0,82). Estos resultados, junto con otros hallazgos de menor magnitud, sugieren que los cambios promovidos por este proceso psicoterapéutico están vinculados a una mayor Estabilidad emocional, asociada al Factor General de Personalidad (GPF), descrito por D. van der Linden et al. Este factor se relaciona con el denominado “buen temperamento adulto”, lo que implica una personalidad más saludable, mejor integrada y con una menor presencia de psicopatología.

Effectiveness of a Transpersonal Psychotherapy Program. The Impact of *The Game of Attention* on *Big Five* Personality Traits

ABSTRACT

The Game of Attention is a group psychotherapy method developed by Marly Kuenerz over the last 35 years within the framework of transpersonal psychology. This study aims to evaluate the effectiveness of this structured therapeutic approach in fostering improvements in participants' mental and emotional well-being, as reflected in positive changes in personality dimensions associated with psychological health and reduced psychopathology. To this end, 215 participants in the therapeutic process were evaluated, 18 % of whom were male and 82 % female, with an average age of 43.2 years ($SD = 9.2$). Analyses showed statistically significant improvements between pre-tests and post-tests, administered one year apart, specifically in the dimension of Emotional Stability, the opposite pole of Neuroticism. These two poles are part of the Big Five personality model, assessed using the BFQ. In addition, the effect size was notably high (Cohen's $d = 0.82$). These results, together with other minor findings, suggest that the changes promoted by this psychotherapeutic process are linked to increased Emotional Stability, which is associated with the General Personality Factor (GPF) as described by D. van der Linden et al. This factor is related to what has been termed “good adult temperament,” implying a healthier, more integrated personality and a lower presence of psychopathology.

Keywords:

Group psychotherapy
Effectiveness
Personality traits
Big Five
General Factor of Personality
The Game of Attention
Transpersonal psychotherapy

Citar como: Corbalán, J., García-Peñas, V. y Kuenerz, M. (2025). Eficacia de un programa en psicoterapia transpersonal. Efectos de *El Juego de la Atención* sobre los *Cinco Grandes* factores de la personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 46-55. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.42084>

Autor y e-mail de correspondencia: Javier Corbalán, corbalan@um.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

La eficacia de la psicoterapia está ampliamente documentada en el ámbito de los sistemas de salud. Numerosos estudios han mostrado que las intervenciones psicológicas mejoran significativamente los resultados de tratamiento en un amplio espectro de trastornos psicopatológicos —como depresión, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales, insomnio, trastornos de la conducta en la infancia, bulimia o abuso de sustancias— y, además, favorecen la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios al optimizar la relación coste-beneficio (Bados López et al., 2002).

No obstante, el desarrollo de la psicoterapia también plantea desafíos. Entre ellos se encuentran los riesgos de iatrogenia, la presencia de propuestas pseudocientíficas y la falta de consenso en torno a criterios objetivos de eficacia. Estos aspectos ponen de relieve la necesidad de mantener un esfuerzo constante de investigación y clarificación, orientado a delimitar qué intervenciones ofrecen beneficios sostenidos y bajo qué condiciones.

La investigación en este campo ha seguido diversas líneas: la comparación entre psicoterapia y ausencia de tratamiento (Eysenck, 1952; Johnsen y Oddgeir, 2016), el análisis de la remisión espontánea frente a la intervención planificada, la evaluación de diferencias entre modelos y técnicas (Bongar y Beutler, 1995), así como la identificación de variables asociadas al éxito terapéutico, entre ellas el papel determinante del terapeuta (Beutler et al., 1994; Ackerman y Hilsenroth, 2001). En conjunto, estas aportaciones han consolidado el concepto de psicoterapia basada en la evidencia como referente fundamental para la práctica clínica (American Psychological Association, 2006; Gimeno-Peón y Mateu, 2020; Martínez Rodríguez et al., 2024).

En este contexto, sigue siendo relevante evaluar modalidades de intervención que, aunque se han aplicado clínicamente durante años, carecen todavía de estudios sistemáticos que respalden su eficacia (Martorell, 2021). La diversidad de enfoques disponibles permite responder a necesidades terapéuticas distintas, y contribuye a ampliar el abanico de herramientas basadas en evidencia.

Este trabajo se centra en la revisión de la eficacia de *El Juego de la Atención*, una modalidad de intervención desarrollada por Marly Kuernerz, psicóloga especialista en psicología clínica. Esta propuesta se ha venido aplicando en España y, en menor medida, en otros contextos de habla hispana, inglesa y portuguesa a lo largo de casi cuatro décadas (Kuernerz, 2025). Sin embargo, su desarrollo clínico no ha ido acompañado de una sistematización empírica suficiente, lo cual justifica la pertinencia de analizar sus logros terapéuticos a corto y medio plazo.

Psicoterapia Transpersonal

El enfoque transpersonal en psicoterapia surge a finales de la década de 1960 en el marco de la llamada “cuarta fuerza” en psicología, como una extensión de la psicología humanista propuesta por Abraham Maslow (1982) y Anthony Sutich (1976). Sus antecedentes teóricos se encuentran en la psicología humanista, la tradición contemplativa oriental y los estudios sobre estados no ordinarios de conciencia. Autores como Stanislav Grof (1985, 2008, 2010), Wilber (1995, 2000) y Vaughan (1995) han sistematizado esta perspectiva, que plantea una concepción ampliada de la personalidad y de la salud, entendidas no solo como ausencia de síntomas, sino como procesos dinámicos de expansión de la

conciencia, integración del self y sentido existencial. En el contexto actual de las psicoterapias de cuarta generación, caracterizadas por una orientación hacia el bienestar integral más allá de la remisión sintomática (Peteet, 2018), la psicoterapia transpersonal adquiere especial relevancia por su capacidad de abordar aspectos más amplios de la experiencia humana. En este marco, la psicoterapia se concibe como un proceso de transformación integral que incluye tanto dimensiones psicológicas y relacionales como espirituales.

Aunque varios de los aspectos inicialmente subrayados por la psicología transpersonal —como la relevancia de la conciencia, la integración emocional y la importancia del contexto relacional— han sido progresivamente incorporados por modelos como el cognitivo-conductual, el sistémico o el psicoanalítico, la especificidad de la transpersonal radica en articular estas variables en torno a experiencias de trascendencia, espiritualidad y estados ampliados de conciencia. En la actualidad, su objetivo principal es ofrecer un marco clínico que permita integrar dichas dimensiones dentro de la psicoterapia basada en la evidencia, sin reducirlas a categorías exclusivamente sintomáticas (Friedman y Hartelius, 2013).

En Latinoamérica, Claudio Naranjo (2007, 2012) ha desempeñado un papel clave en la difusión y el desarrollo de esta corriente. Su obra contribuyó a consolidar un campo de formación y práctica que, aunque aún limitado en los contextos académicos de habla hispana, se ha expandido en círculos clínicos y de desarrollo personal.

En el plano empírico, la psicoterapia transpersonal todavía enfrenta una escasez de estudios sistemáticos (MacDonald y Friedman, 2002). Sin embargo, varias áreas afines han acumulado evidencia que respalda algunos de sus componentes centrales. Por ejemplo, intervenciones basadas en *mindfulness* y meditación, que comparten con el enfoque transpersonal la atención a la conciencia y la espiritualidad, han demostrado eficacia en la reducción de ansiedad, depresión y estrés (Khoury et al., 2015), además de evidenciar correlatos neurobiológicos asociados con la regulación emocional y la plasticidad cerebral (Davidson et al., 2003; Creswell, 2017). Estas aportaciones sugieren vías de integración entre la investigación contemporánea y la psicoterapia transpersonal. Si la psicología transpersonal quiere ganarse el reconocimiento que se merece, debería hacer énfasis en sus paralelismos con la ciencia, potenciar la realización de estudios científicos metodológicamente rigurosos, y mostrar una actitud crítica ante el conocimiento y los discursos generados dentro de la disciplina (Puente, 2009, 2014).

Pese a estos avances, persisten desafíos relevantes, como la dificultad de operacionalizar variables transpersonales, el predominio de estudios con muestras reducidas y la ausencia de diseños controlados. Estas limitaciones metodológicas han sido señaladas por diversos autores (MacDonald y Friedman, 2002; Gimeno-Peón y Mateu, 2020) y constituyen un área pendiente de desarrollo para consolidar la validez empírica del enfoque.

En este marco, el presente trabajo se orienta a contribuir a dicha validación mediante el análisis de una propuesta específica: *El Juego de la Atención*, que busca integrar la dimensión transpersonal en la práctica clínica de manera estructurada y susceptible de evaluación.

Personalidad y Cambio

En el presente estudio, la personalidad se entiende como un conjunto relativamente estable de rasgos y patrones de pensamiento, emoción y conducta que configuran la forma de interactuar de un

individuo con su entorno. Este enfoque integra la perspectiva clásica de las escuelas psicológicas, que conciben la personalidad como estructuras persistentes a lo largo del ciclo vital (Ardelt, 2000; McAdams y Olson, 2010; McCrae y Costa, 2008, 2012), con evidencia reciente de que ciertas experiencias relevantes pueden inducir cambios duraderos en dichos rasgos (Ibáñez, 2009; Tomicic Suñer y Martínez Guzmán, 2009; Bermúdez, 2017; Jackson y Wright, 2024). Así, experiencias traumáticas o trastornos mentales severos pueden generar modificaciones estables en la personalidad, aunque ésta tienda a mantener su estructura básica (Millon et al., 2001; Enrique, 2004; Gutiérrez López, 2020).

Para contextualizar el análisis de cambios derivados de la intervención, se adopta el modelo de los Cinco Grandes (Big Five), que describe cinco dimensiones fundamentales de la personalidad, extraídas mediante análisis factorial: Extraversión, Amabilidad, Responsabilidad Estabilidad Emocional (o su versión inversa: Neuroticismo), y Apertura a la experiencia (McCrae y Costa, 1986, 2008; Caprara et al. (1995); Hernández Pérez, 2021). El significado psicológico de las escalas se expone en la Tabla 1. La investigación ha mostrado que cada rasgo tiene implicaciones directas para la adaptación psicológica y social.

Como puede observarse, se presentan las denominaciones alternativas que se dan para algunos de dichos factores: según el modelo BFQ (Caprara et al., 1995) y según el modelo NEO de McCrae y Costa (2008, 2012). Hay que considerar especialmente que el factor Estabilidad emocional es denominado como Neuroticismo en sentido negativo en la versión NEO. Asimismo, conviene recordar que el modelo de los *Cinco Grandes* ha recibido aportaciones de diferentes autores y que, aunque los factores puedan denominarse de modos distintos o incluir matices en sus definiciones, los estudios respaldan la homogeneidad conceptual y factorial de las escalas a lo largo de casi cuatro décadas (Pace y Brannick, 2010; Otero et al., 2020).

Por otra parte, en relación con la posibilidad de su modificación, se ha observado que determinadas intervenciones psicoterapéuticas, por ejemplo, aquellas centradas en la atención plena, la introspección y la regulación emocional, pueden inducir cambios sostenidos en estas dimensiones, promoviendo un perfil de personalidad más saludable y estable. Dichos cambios se interpretan como un fortalecimiento de la conducta emocionalmente inteligente (Colom, 2018), la efectividad social y la capacidad de adaptación.

Además, estos cambios pueden también expresarse en el factor general de personalidad (GPF o P), un constructo que sintetiza la tendencia hacia la salud integral, la efectividad social y la regulación emocional, identificado con el concepto de “buen temperamento adulto” (van der Linden et al., 2010, 2017; Benito Moreno, 2017). En este sentido, la evaluación de cambios en las dimensiones del *Big Five* ofrece un marco concreto para valorar el impacto de *El Juego de la Atención*, al permitir vincular los efectos de la intervención con tendencias generales hacia la salud mental y el bienestar subjetivo.

Así, el presente estudio plantea que las modificaciones observadas en las dimensiones de la personalidad tras la participación en *El Juego de la Atención* pueden reflejar no solo cambios en rasgos específicos, sino también una transformación integral hacia un perfil de personalidad más equilibrado y adaptativo, coherente con la evidencia empírica sobre la plasticidad de la personalidad en adultos.

El Juego de la Atención

El proceso atencional, entendido como la capacidad de dirigir y mantener los recursos cognitivos hacia un objeto, tarea o experiencia concreta, juega un papel fundamental en la salud mental y el bienestar. La literatura distingue diferentes formas de atención —sostenida, selectiva, ejecutiva—, pero en el contexto de la psicología clínica y la promoción de la salud, cobra especial relevancia la atención plena o focalizada en el presente, que ha mostrado efectos protectores frente a la rumiación y la ansiedad (Posner y Rothbart, 2007; Lutz et al. 2015). En este sentido, el trabajo de Killingsworth y Gilbert (2010) evidenció que la “divagación mental”, es decir, el alejamiento de la experiencia inmediata, ocupa cerca del 47 % del tiempo de vigilia y se asocia sistemáticamente a mayores niveles de infelicidad, independientemente de la actividad que se realice.

De forma paralela, la investigación sobre la red neuronal por defecto (RND) ha mostrado que este sistema, activo cuando la mente no está enfocada en una tarea, facilita procesos de divagación mental pero también se relaciona con la rumiación y la vulnerabilidad a la depresión (Zhou et al., 2017; Martínez, 2023). Aunque este funcionamiento cumple un papel adaptativo, su sobreactivación se asocia con un deterioro del bienestar emocional. En cambio, tareas que implican atención concentrada tienden a inhibir la RND y favorecer estados de mayor regulación emocional (Devaney et al., 2021).

Tabla 1
Significado Psicológico de Escalas de los Cinco Grandes y su Denominación Según BFQ y NEO

BFQ	NEO	Descripción
Energía	Extraversión	Inherente a una visión confiada y entusiasta de múltiples aspectos vitales, máxime interpersonales. Refleja energía, sociabilidad y tendencias positivas en la planificación y la acción.
Afabilidad	Amabilidad	Preocupación de tipo altruista y de apoyo emocional a los demás. Promueve la cooperación y la conducta prosocial.
Tesón	Responsabilidad	Propio de un comportamiento de tipo perseverante, escrupuloso y responsable. Se relaciona con autodisciplina y regulación efectiva del comportamiento.
Estabilidad emocional	Neuroticismo (en negativo)	Rasgo de amplio espectro, con características como capacidad para afrontar efectos negativos de la ansiedad, depresión, irritabilidad o frustración. Se asocia con una menor vulnerabilidad emocional y menor reactividad al estrés.
Apertura mental	Apertura	Sobre todo de tipo intelectual ante nuevas ideas, valores, sentimientos e intereses. Facilita la creatividad y la reinterpretación flexible de experiencias estresantes.
Distorsión	-	Escala auxiliar para detectar intentos de dar una imagen falseada, buena o mala, por parte del sujeto.

Estos hallazgos se relacionan con las investigaciones en torno al *mindfulness* y al *flow* (Khouri et al., 2013; Nakamura y Csikszentmihalyi, 2014; Spinelli et al., 2019), que muestran cómo el cultivo de la atención focalizada contribuye a mayor satisfacción vital y resiliencia psicológica. En palabras simples: lo que la persona atiende influye más en su bienestar que la actividad misma que realiza.

A partir de esta base, *El Juego de la Atención* surge como un modelo psicoterapéutico original que busca entrenar la capacidad atencional en un contexto grupal e intensivo, promoviendo la revisión profunda de la historia emocional de los participantes y la transformación de patrones desadaptativos (Olhaberry y Sieverson, 2022; Etxaburu et al., 2024; Janovsky et al., 2020; Dozois y Beck, 2008). El programa se estructura en seis módulos, desarrollados en régimen de internado, en los que se alternan contenidos teóricos, dinámicas experienciales y espacios de reflexión compartida.

Si bien se trata de un método novedoso, sus fundamentos dialogan con diversas tradiciones: de la psicología humanista (Rogers, Maslow, Perls) se recoge el énfasis en la autenticidad y el crecimiento personal; de la psicodinámica (Freud, Jung) la importancia de las experiencias tempranas y de lo inconsciente; de la fenomenología y la psicología existencial (Laing, May) la atención a la vivencia subjetiva; de la psicología transpersonal (Grof, Wilber) la apertura a dimensiones trascendentes; y de la tradición budista y la psicología contemporánea (*mindfulness*) la centralidad de la atención plena. En este sentido, los autores citados no constituyen referentes directos del método, sino inspiraciones parciales y antecedentes conceptuales que aportan piezas específicas al marco general de la propuesta (Gimeno-Bayón, 2020).

De manera práctica, la metodología desarrollada por Kuenerz (2007, 2015, 2025) se articula en tres pasos: i) identificación de “grabaciones” emocionales, es decir, huellas de experiencias pasadas que condicionan la percepción actual; ii) desprogramación de dichas distorsiones a través de técnicas vivenciales y de integración emocional; y iii) reestructuración de actitudes y significados en consonancia con el momento presente. Esta secuencia facilita cambios en síntomas como ansiedad, depresión o comportamientos repetitivos, y promueve una reorganización integral de la personalidad (García-Peñas et al., 2015, 2016).

Así, el planteamiento que guía el presente estudio es que *El Juego de la Atención*, al entrenar de manera sistemática la atención focalizada y al facilitar la resignificación de experiencias vitales, constituye un modelo psicoterapéutico con potencial para generar cambios sostenidos en rasgos de personalidad vinculados con la salud mental y el bienestar psicológico.

Método

Participantes

Mediante un estudio pretest-posttest de un año de duración, se analizan las respuestas de 215 participantes procedentes de España, de los cuales un 18 % ($n = 41$) son hombres y un 82 % ($n = 174$) mujeres, con edades comprendidas entre los 21 y 71 años y un promedio de 43,2 años ($DT = 9,2$). El muestreo fue incidental, invitándose a participar en el estudio a todos los que siguieron alguna de las 14 promociones de *El Juego de la Atención* realizadas en España entre 2014 y 2023. No se aplicaron otros criterios de inclusión o exclusión. Sólo uno de ellos declinó

participar. Se ofreció a los participantes una información mínima sobre la investigación, para evitar cualquier posibilidad de sesgo. Su contribución fue voluntaria y anónima, completando y firmando un Consentimiento Informado. Se siguieron las directrices éticas propuestas por la *American Psychological Association* (2010). Asimismo, se declara que no existe conflicto de intereses por parte de los autores del trabajo.

Instrumentos

Para la evaluación de la personalidad se utilizó el BFQ (Big Five Questionnaire), desarrollado por Caprara et al. (1995) y adaptado al español por J. Bermúdez en el mismo año. El cuestionario consta de 132 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones y constituye una de las pruebas estandarizadas de referencia más reconocidas en la evaluación de los *Cinco Grandes* factores de la personalidad. De origen europeo, el BFQ es ampliamente utilizado tanto en contextos de investigación como en la práctica clínica en psicología. Su objetivo es estimar las cinco dimensiones básicas de la personalidad: Energía, Afabilidad, Tesón, Estabilidad emocional y Apertura mental. El significado psicológico de estas escalas pudo verse previamente en la *Tabla 1*.

Asimismo, se aplicó un Cuestionario sociodemográfico elaborado ad hoc, que incluía variables como nivel educativo, área de procedencia y extracción social de los participantes, además de edad, género, estado civil y número de hijos. También se recopilaron otros datos, que serán objeto de análisis en futuras investigaciones.

Procedimiento

Se trata de un diseño de investigación cuasi-experimental pre-post sin grupo control. Para su desarrollo, los participantes fueron evaluados antes de iniciar y después de completar el programa de intervención grupal en psicoterapia denominado *El Juego de la Atención*, diseñado e impartido por la psicóloga clínica Marly Kuenerz (2007, 2015, 2025) y que incluyó los 5 primeros módulos de trabajo, de los 6 que conforman el programa extendido, con una duración total de 90 horas, distribuidas en 4 fines de semana espaciados a lo largo de un año. Los 14 grupos de tratamiento que configuraron el estudio se constituyeron en diferentes regiones de España, con participantes mayoritariamente procedentes de las áreas de Madrid-Centro, La Coruña-Galicia-Asturias, Sevilla-Andalucía y Comunidad Valenciana-Murcia; y constaban de entre 14 a 18 personas, cada uno. Las fechas de desarrollo del programa fueron entre 2014 y 2023. Los instrumentos se aplicaron en formato “papel y lápiz” por parte del equipo de trabajo de cada módulo, que los distribuían entre los participantes sin otras instrucciones que las que vienen impresas en cada ejemplar, solicitando su respuesta sincera. El pretest se aplicó durante la sesión introductoria del primer módulo, inmediatamente después de la presentación. El posttest se aplicó tras la realización del último módulo.

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizaron los estadísticos descriptivos, la prueba *t de Student* para diferencias de medias y el análisis de varianza (ANOVA), mediante el paquete IBM SPSS Statistics, versión 28.0.1.1 (14). Además, para calcular el tamaño del efecto (*d de Cohen*) se empleó la herramienta en línea *Effect Size Calculator for T-Test*, disponible en *Social Science Statistics* (<https://www.socscistatistics.com>).

Resultados

Respecto de las características sociodemográficas de la muestra, los participantes han resultado ser fundamentalmente personas de extracción social media alta, con profesiones ligadas en un porcentaje aproximado a: Administración y gestión (16 %), Ingeniería y técnica (13 %), Sanidad (12 %), Educación (10 %), Servicios sociales (10 %), Arte y comunicación (6 %) Finanzas y banca (5 %), Psicología (4 %), Comercio y marketing (3,5 %), Otras, como Empresarios, Autónomos, Agricultura, Hogar, Jubilación, En paro, etc. (15 %) y Desconocida (5,5 %). Su nivel de estudios es de: Enseñanza obligatoria (5 %), Bachillerato o FP (23 %), Licenciatura o Grado Universitario (64 %) y Máster o Doctorado (8 %). Su estado civil es de: Solteros (40 %), Casados (34,5 %), Separados/divorciados (18 %), Pareja de hecho o convivencia (5,5 %) y Viudos (2 %). Respecto de los hijos, entre los que sí tienen (59 %) la Media es de 2,2 hijos y Sin hijos son un 41 %.

Los resultados del análisis estadístico (Prueba *t* de Student pretest-posttest y Prueba *d* de Cohen de Tamaño del efecto) indican que pueden darse determinadas expresiones de cambio en algunas de las dimensiones de los “Big-Five”, los Cinco Grandes factores de la personalidad, particularmente en las que evalúan la estabilidad emocional. En concreto, tras un año de la administración del primer test y tras haber ido participando en los cinco módulos de *El Juego de la Atención*, se encuentran mejoras estadísticamente significativas ($p = .000$) en la dimensión de “Estabilidad emocional” del BFQ, el polo antagonista al “Neuroticismo”. Para analizar la intensidad del cambio observado, se calcula el tamaño del efecto, siendo éste de magnitud elevada (d de Cohen: 0,82) (v. Tabla 2).

Asimismo, se presentan datos a favor de que en el resto de factores de personalidad evaluados, los resultados muestran diferencias pretest-posttest con más bajo nivel de significación, así como con menores tamaños del efecto. Y, de manera complementaria, se observa que tampoco en la escala de control de “Distorsión” aparecen diferencias significativas entre el pretest ($M = 28,45$, $DT = 5,23$) y el posttest ($M = 29,42$, $DT = 5,79$); $t(214) = 0,991$, $p = .328$; y una d de Cohen: 0,17, que indica asimismo un tamaño del efecto pequeño (Cohen, 1988). Estos últimos datos avalan que los cuestionarios han sido correctamente respondidos por los participantes y que la estabilidad de la personalidad, en términos generales, se mantiene.

Sin embargo, también se constata el efecto principal de cómo el neuroticismo, una dimensión supuestamente estable de la personalidad, pero indudablemente asociada a la presencia de trastornos o malestar psicológico, es susceptible de ser modificada a largo plazo por un proceso psicoterapéutico como el aquí estudiado,

Tabla 2
Prueba *t* de Student Pretest-Posttest y Prueba *d* de Cohen de Tamaño del Efecto

BFQ	M1	DT1	M2	DT2	t	p	d
Energía	72,42	11,96	74,16	8,95	2,027	.022	0,16
Afabilidad	85,10	12,63	88,11	7,83	3,325	.001	0,28
Tesón	76,84	15,50	79,58	8,94	2,463	.007	0,21
Estabilidad emocional	58,32	16,37	70,75	13,78	10,566	.000	0,82
Apertura mental	84,45	13,05	82,38	9,25	2,207	.014	-0,18

Nota: M1 y DT1: Media y Desviación típica pretest. M2 y DT2: Idem posttest.

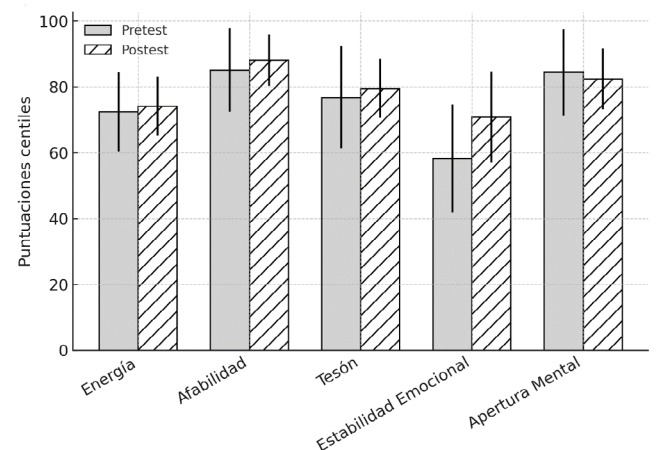
en línea con lo afirmado por Barlow et al. (2014a, 2014b), acerca de la prevención del propio neuroticismo, que resulta ser más maleable de lo que se creía clásicamente y susceptible de intervención para tratarlo directamente e incluso prevenir su potencial desarrollo (v. Figura 1).

Adicionalmente, hay que señalar que este efecto saludable sucede, aunque con una menor intensidad, en otras dos variables. Así, se da un ligero incremento estadísticamente significativo, en “Afabilidad” ($p = .001$), con un tamaño del efecto de magnitud baja (d de Cohen: 0,28) y en el factor “Tesón” ($p = .007$), con un tamaño del efecto también de magnitud baja (d de Cohen: 0,21).

Por otra parte, se dan niveles inferiores de significación de las diferencias pre-post en las dimensiones de “Energía” ($p = .022$) y “Apertura” ($p = .014$), con valores que indican un tamaño del efecto trivial (d de Cohen: 0,16 y 0,18, respectivamente), manteniéndose bastante igualadas las puntuaciones antes y después del tratamiento (v. Figuras 1 y 2), lo que sugiere que no hay un efecto real o sustancial del tratamiento en dichas variables.

Figura 1

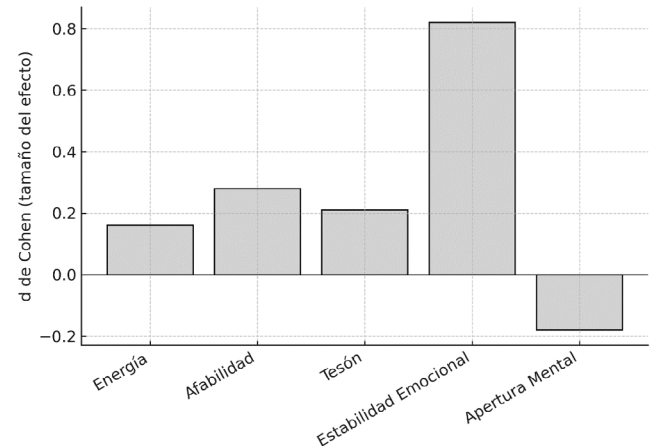
Comparación de Medias Pre y Postest de los Cinco Grandes Factores en El Juego de la Atención



Nota: $p < .05$ (*), $p < .01$ (**), $p < .001$ (***). Los asteriscos indican diferencias estadísticamente significativas según la prueba *t* de Student.

Figura 2

Tamaños del Efecto (d de Cohen) en los Cinco Grandes Factores de la Personalidad



Nota: Valores de d calculados a partir de la prueba *t* de Student pretest-posttest.

Por otra parte, al analizar los datos en función de variables sociodemográficas, no se encontraron diferencias significativas en las relaciones entre las variables del estudio en las comparaciones pre y post intervención. En las pruebas de diferencias de medias y de tamaño del efecto según el género, la única variable moderadamente afectada fue “Tesón”, que siguió resultando ligeramente significativa sólo en hombres ($p = .018$, d de Cohen: 0,21), sin alcanzar significación en mujeres ($p = .328$, d de Cohen: 0,03).

El análisis de varianza (ANOVA) realizado para comparar los efectos entre los diferentes grupos de edad (agrupados por decenios: 20, 30, 40, 50, 60 y 70 años) no mostró diferencias estadísticamente significativas en las variables analizadas. Para la variable más relevante en el cambio tras el tratamiento, “Estabilidad Emocional”, los resultados fueron: en la medida pre intervención $F(5, 209) = 0.799$, $p = .551$ y en post intervención $F(5, 209) = 0.649$, $p = .663$.

Un segundo ANOVA destinado a comparar los efectos entre distintos grupos de tratamiento según la zona geográfica (áreas de Madrid-Centro; La Coruña-Galicia-Asturias; Sevilla-Andalucía; y Comunidad Valenciana-Murcia) tampoco mostró diferencias muy significativas en las variables analizadas. Para la variable más relevante en el cambio tras el tratamiento, “Estabilidad Emocional”, se observaron los siguientes resultados: en pre intervención $F(3, 211) = 2.231$, $p = .086$ y en post intervención $F(3, 211) = 3.289$, $p = .022$. El mayor impacto de la intervención se dio en el grupo de Sevilla-Andalucía.

Estos resultados sugieren que los efectos observados son relativamente consistentes entre los distintos subgrupos, lo que indica una cierta estabilidad en los patrones de cambio, independientemente de las características sociodemográficas de los participantes o del grupo de tratamiento seguido.

Discusión

A la hora de interpretar los resultados del estudio, conviene partir de que un enfoque actual de la personalidad reconoce que existen rasgos más saludables que otros (Hernández Pérez, 2021). Así, por ejemplo, desde la formulación inicial del modelo de los *Cinco Grandes*, hay datos que indican cómo el Neuroticismo se relaciona con respuestas hostiles ante el estrés, la Extraversión (o Energía, según la denominación del BFQ) con pensamientos positivos y conductas de afrontamiento planificadas, y la Apertura con la capacidad de relativizar las dificultades mediante el humor (McCrae y Costa, 1986). De forma más general, la personalidad puede entenderse como una expresión global del funcionamiento psicológico (Larsen y Buss, 2008); por tanto, los posibles cambios en dimensiones asociadas a un mejor ajuste mental pueden constituir un buen indicador del impacto de una intervención psicoterapéutica sobre el bienestar psicológico, la efectividad social, la prosocialidad o la “conducta emocionalmente inteligente” (Colom, 2018, p. 423), aspectos todos identificables como expresión de salud mental.

En los últimos años, se han formulado propuestas como el factor general de personalidad (GPF o P) (van der Linden et al., 2017) y el factor p (Caspi et al., 2014), que identifican patrones globales de ajuste y desajuste de la personalidad. En línea con lo afirmado por Barlow et al. (2014a, 2014b), quienes evidencian que el neuroticismo es susceptible de intervención para su tratamiento e

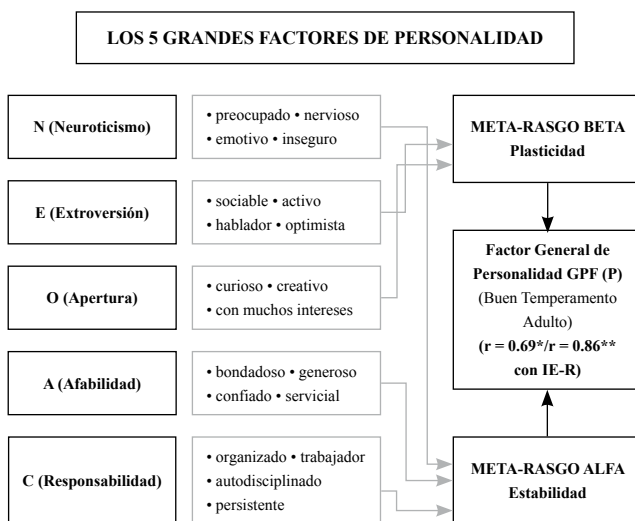
incluso para prevenir su desarrollo, los resultados de la presente investigación muestran que la participación en *El Juego de la Atención* produce una mejoría significativa en la dimensión de Neuroticismo–Estabilidad Emocional, con un tamaño del efecto elevado ($d = 0,82$). Este hallazgo representa un avance sustancial en términos de salud psicológica y sugiere que los participantes tienden a dejar atrás patrones de preocupación, inseguridad y reactividad emocional, para acercarse a rasgos asociados con estabilidad, resiliencia y afrontamiento más adaptativo de la ansiedad y la frustración.

Además de la estabilidad emocional, se observaron mejoras más discretas en Afabilidad y Tesón, dimensiones vinculadas al altruismo, la confianza interpersonal y la perseverancia. Conjuntamente, estos tres factores conforman el meta-rasgo ALFA o “Estabilidad” (DeYoung et al., 2002; van der Linden et al., 2017), lo cual refuerza la idea de que la intervención impacta de manera prioritaria en la dimensión afectivo-motivacional de la personalidad. Por el contrario, el meta-rasgo BETA (“Plasticidad”), que incluye Extraversión y Apertura, no mostró cambios significativos, lo que sugiere que *El Juego de la Atención* no actúa sobre dimensiones eminentemente cognitivas o exploratorias, sino sobre aquellas relacionadas con la regulación emocional y el vínculo interpersonal (v. Figura 3).

Más allá de la constatación de que existe un cambio, resulta conveniente vincularlo con las características específicas del modelo terapéutico estudiado. *El Juego de la Atención* es un programa experiencial y grupal, estructurado en módulos y centrado en la revisión biográfica y la desprogramación de “grabaciones” emocionales (Kuenerz, 2025). Esta metodología intensiva parece facilitar un acceso profundo a patrones cognitivo-emocionales cristalizados, permitiendo no solo su identificación, sino también su reorganización. Una hipótesis plausible es que este trabajo en

Figura 3

Relación Entre el Factor General de Personalidad (GPF) y sus Meta-Rasgos con los Cinco Grandes Factores de la Personalidad y con la Inteligencia Emocional (Rasgo). Adaptado de Benito Moreno (2017)



Nota: $p < .05$ (*), $p < .01$ (**). Los asteriscos indican significación estadística de las correlaciones entre el Factor General de Personalidad y la Inteligencia Emocional (Rasgo), según Pérez-González y Sánchez-Ruiz (2014) y van der Linden et al. (2017).

profundidad explique en parte la magnitud del cambio hallado en estabilidad emocional. Asimismo, el énfasis en la exploración de sentido y en dimensiones introspectivas propias del contexto transpersonal podría contribuir al carácter especialmente intenso del cambio observado.

Estos hallazgos sitúan a *El Juego de la Atención* dentro de una línea de intervenciones intensivas y experienciales que, más allá de la reducción sintomática, apuntan a una reorganización global de la personalidad. Intervenciones afines se han reportado en programas de *mindfulness* intensivo (Khoury et al., 2015; Creswell, 2017), en la psicoterapia Gestalt y, dentro del ámbito transpersonal, en el programa SAT de Claudio Naranjo, un dispositivo grupal y modular de autoconocimiento y transformación psicoespiritual desarrollado desde los años setenta. Asimismo, el monográfico de la *Revista de Psicoterapia* (Vol. 31, N° 117, 2020) recoge experiencias recientes de orientación transpersonal, como el análisis narrativo de vivencias en el desarrollo personal y la práctica espiritual (Puche y Botella, 2020) o el Programa EBC (Entrenamiento en Bienestar basado en prácticas contemplativas), centrado en la meditación orientada a la esperanza como mecanismo de cambio (Alvear, 2020; Cebolla, y Alvear, 2019). Todas estas propuestas comparten el trabajo grupal (Gil Escudero y Rodríguez-Zafra, 2022), la introspección profunda y la dimensión experiencial, si bien la particularidad de *El Juego de la Atención* es que articula estos elementos en un dispositivo estructurado por módulos, con objetivos terapéuticos progresivos y un énfasis sistemático en la revisión biográfica, lo que podría diferenciarlo de propuestas más abiertas o formativas.

En el marco de la psicoterapia transpersonal, los resultados de este estudio adquieren especial relevancia. Tradicionalmente, a esta corriente se le ha criticado la falta de evidencia empírica que respalde sus aportes. Sin embargo, los cambios documentados en este trabajo indican que un modelo transpersonal como *El Juego de la Atención* no solo es viable desde el punto de vista clínico, sino que también puede mostrar una eficacia equiparable o incluso superior en algunos aspectos, a la de otros enfoques más consolidados. De hecho, al comparar nuestros resultados con los obtenidos en el meta-análisis de Roberts et al. (2017), que informó un tamaño del efecto promedio de 0,57 para la estabilidad emocional tras intervenciones diversas, el valor alcanzado aquí (0,82) resulta especialmente destacable, máxime teniendo en cuenta que el seguimiento fue de un año, un periodo mayor que el considerado en dicho estudio (3–6 meses).

La discusión se enmarca asimismo en el debate del “veredicto Dodó” (Rosenzweig, 1936, 2002), según el cual todas las psicoterapias serían igualmente eficaces al compartir factores comunes (Smith y Glass, 1977; Laska et al., 2014; Wampold y Imel, 2021). Nuestros resultados sugieren que, si bien dichos factores comunes están presentes (apoyo grupal, relación terapéutica, esperanza), el diseño específico de *El Juego de la Atención* aporta elementos diferenciales que permiten observar cambios sustanciales en dimensiones centrales de la personalidad. Ello contribuye al esfuerzo —todavía pendiente— de identificar qué técnicas concretas producen qué efectos, y en qué medida los modelos transpersonales pueden validarse como prácticas basadas en la evidencia.

En síntesis, los resultados confirman que *El Juego de la Atención* es eficaz para promover mejoras significativas en rasgos de personalidad vinculados con la salud mental, especialmente en estabilidad emocional, y que dichos cambios se alinean con un

perfil de personalidad más maduro y funcional. Al integrarse en la tradición de la psicoterapia transpersonal, este programa contribuye a fortalecer un campo todavía necesitado de validación científica. Aunque el estudio presenta limitaciones metodológicas —muestra reducida, falta de grupo control, carácter cuasiexperimental—, sus hallazgos abren un camino para futuras investigaciones comparativas con otras intervenciones transpersonales y para el análisis longitudinal de sus efectos. En suma, los resultados no solo respaldan la pertinencia clínica de este enfoque, sino que invitan a reconsiderar el papel de las intervenciones transpersonales en la agenda contemporánea de la investigación psicoterapéutica.

Conclusión

Los resultados obtenidos muestran que la participación en *El Juego de la Atención* se asocia con una mejoría significativa en dimensiones centrales de la personalidad, especialmente en la estabilidad emocional, con un tamaño del efecto elevado y mantenido en el tiempo. La evaluación a un año de seguimiento, centrada en rasgos relativamente estables y con control de posibles distorsiones en las respuestas, refuerza la consistencia de estos hallazgos y permite considerar que los cambios observados poseen un potencial de permanencia en la trayectoria vital de los participantes.

Estos datos constituyen una aportación relevante al campo de la psicoterapia transpersonal, al proporcionar evidencia empírica de la eficacia de un modelo desarrollado durante varias décadas, con fundamentos teóricos previamente comunicados (Kuenerz, 2007, 2015, 2024, 2025). En conjunto, los resultados sitúan a *El Juego de la Atención* como una propuesta terapéutica innovadora y eficaz, que contribuye a la validación científica de enfoques experienciales e intensivos en psicoterapia.

No obstante, el carácter cuasiexperimental del estudio, el tamaño reducido de la muestra y la ausencia de grupo control obligan a interpretar los resultados con cautela. Futuras investigaciones deberán replicar estos hallazgos en contextos más amplios, con diseños controlados y seguimientos prolongados, a fin de confirmar la robustez y generalización de los efectos observados.

Conflicto de Interés

Los autores no tienen conflictos de interés.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Referencias

- Ackerman, S. J., y Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38, 171-185. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.171>
- Alvear, D. (2020). La meditación en la esperanza en el programa EBC: Descripción y mecanismos de acción implicados. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 43-56. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.447>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

- American Psychological Association (2010). *Ethical principles for psychologists and code of conduct*. American Psychological Association.
- Ardelt, M. (2000). Still stable after all these years? Personality stability theory revisited. *Social Psychology Quarterly*, 63(4), 392-405. <https://doi.org/10.2307/2695848>
- Bados López, A., García Grau, E., y Fusté Escolano, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720307.pdf>
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., y Carl, J. R. (2014a). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496. <https://doi.org/10.1177/1745691614544528>
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., y Ellard, K. K. (2014b). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Benito Moreno, S. C. (2017). *Diseño, desarrollo y evaluación del programa "VERA" de educación emocional en la etapa de educación primaria*. UNED. <https://e-spacio.uned.es/entities/publication/d5a62e9d-3acb-47fd-ad10-370107de8ac9/full>
- Bermúdez, J. (2017). Personalidad y curso vital. En J. Bermúdez, A. M. Pérez y P. Sanjuán. *Psicología de la personalidad: Teoría e investigación*. Volumen II (pp. 168-200). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Beutler, L. E., Machado, P. P., y Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 229-269). Nueva York: John Wiley y Sons.
- Bongar, B. M., y Beutler, L. E. (1995). *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*. Nueva York: Oxford University Press.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C. y Borgogni, L. (1995). *BFQ Cuestionario "Big Five"*. Madrid: TEA Ediciones.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ..., y Moffitt, T. E. (2014). The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Cebolla, A., y Alvear, D. (2019). *Psicología positiva contemplativa: Fundamentos para un entrenamiento en bienestar basado en prácticas contemplativas*. Editorial Kairós.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Colom, R. (2018). *Manual de psicología diferencial: métodos, modelos y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology*, 68, 491-516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., y Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3>
- DeYoung, C. G., Peterson, J. B., y Higgins, D. M. (2002). Higher-order factors of the Big Five predict conformity: Are there neuroses of health? *Personality and Individual Differences*, 33, 533-552. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00171-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00171-4)
- Devaney, K. J., Levin, E. J., Tripathi, V., Higgins, J. P., Lazar, S. W., y Somers, D. C. (2021). Attention and default mode network assessments of meditation experience during active cognition and rest. *Brain Sci*, 11, 566. <https://doi.org/10.3390/brainsci11050566>
- Dozois, D. J., y Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In K. S. Dobson y D.J.A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression*, 119-143. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-X>
- Enrique, A. (2004). Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: una aproximación desde el estrés postraumático. *Interdisciplinaria*, 21(2), 213-246. <https://www.redalyc.org/pdf/180/18021204.pdf>
- Etخابuru, N., Momeñe, J., Herrero, M., Olave, L., Iruarizaga, I., y Estévez, A. (2024). La regulación emocional como mediador en la relación entre esquemas disfuncionales tempranos y dependencia emocional en jóvenes españoles. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 32(1), 111-123. <https://doi.org/10.51668/bp.8324105s>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Friedman, H. L., y Hartelius, G. (2013). Editors' Introduction. The Promise (and some perils) of transpersonal psychology. En: H. L. Friedman y G. Hartelius (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of transpersonal psychology*. John Wiley & Sons.
- García-Peñas, V., Kuenerz, M., y Corbalán, J. (2015). Personalidad y cambio en psicoterapia. En: *Resúmenes/Abstracts de la IV Jornada AIIDI*. Madrid, 24 y 25 de septiembre de 2015.
- García-Peñas, V., Kuenerz, M., y Corbalán, J. (2016). Efectos de la psicoterapia sobre algunas dimensiones de la personalidad. En: *Resúmenes/Abstracts de la V Jornada AIIDI*. Sitges (Barcelona), 15 y 16 de septiembre de 2016.
- Gil Escudero, G., y Rodríguez-Zafra, M. (2022). Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 139-148. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1127>
- Gimeno-Bayón, A. (2020). Psicología y psicoterapias transpersonales Reflexiones y propuestas. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 5-41. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.446>
- Gimeno-Peón, A., y Mateu, C. (2020). Hacia la evidencia basada en la práctica en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 179-194. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.387>
- Grof, S. (1985). *Beyond the brain: Birth, death, and transcendence in psychotherapy*. State University of New York Press.
- Grof, S. (2008). *Psychology of the future: Lessons from modern consciousness research*. State University of New York Press.
- Grof, S. (2010). Breve historia de la psicología transpersonal. *Journal of transpersonal research*, 2(2), 125-136. <https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol2-issue2/Grof%20Stanislav.pdf>
- Gutiérrez López, B. (2020). *Estabilidad de los rasgos de personalidad durante la presencia y tras la remisión completa de un trastorno mental* [Tesis Doctoral] Universitat de Barcelona.
- Hernández Pérez, M. (2021). *Deporte y bienestar personal: nivel de competición, hábitos de salud, personalidad y necesidades psicológicas básicas*. [Trabajo Fin de Máster]. Universidad de La Laguna. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/22387>
- Ibáñez, M. I. (2009). *Psicología de la personalidad*. [Proyecto docente no publicado]. Universitat Jaume I. Castellón.
- Jackson, J. J., y Wright, A. J. (2024). The process and mechanisms of personality change. *Nat Rev Psychol* 3, 305-318. <https://doi.org/10.1038/s44159-024-00295-z>
- Janovsky, T., Rock, A. J., Thorsteinsson, E. B., Clark, G. I., y Murray, C. V. (2020). The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(3), 408-447. <https://doi.org/10.1002/cpp.2439>

- Johnsen, T. J., y Oddgeir, F. (2016). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 142(3), 290. <https://doi.org/10.1037/bul0000015>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ..., y Hofmann, S. G. (2013). *Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., y Fournier, C. (2015). *Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Killingsworth, M. A., y Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932. <https://doi.org/10.1126/science.1192439>
- Kuenerz, M. (2007). *El Juego de la Atención. Descubrir nuestro propio yo*. Madrid: Libsa.
- Kuenerz, M. (2015). *Cursos y terapias*. Recuperado el 19/09/2015 de: <http://eljuegodelatencion.com/el-juego-de-la-atencion>
- Kuenerz, M. (2024). *El inconsciente cuántico*. Madrid: Vergara.
- Kuenerz, M. (2025). *El juego de la atención: El método para hacer consciente el inconsciente*. Edición actualizada. Madrid: Vergara.
- Larsen, R., y Buss, D. (2008). *Personality psychology: Domains of knowledge about human nature*. McGraw Hill Education.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., y Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Lutz, A., Jha, A. P., Dunne, J. D., y Saron, C. D. (2015). Investigating the phenomenological matrix of *mindfulness*-related practices from a neurocognitive perspective. *American Psychologist*, 70(7), 632. <https://doi.org/10.1037/a0039585>
- MacDonald, D. A., y Friedman, H. L. (2002). Assessment of humanistic, transpersonal, and spiritual constructs: State of the Science. *Journal of Humanistic Psychology*, 42(4), 102-125. <https://doi.org/10.1177/002216702237126>
- Martínez, A. (2023). *El vínculo calidad de sueño-rumia y el rol de la sintomatología depresiva: Una revisión bibliográfica*. [Tesis de grado]. Universidad de la República. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/39604>
- Martínez Rodríguez, J. M., Aguado Rodríguez, V., Mateo León, S., Martínez Fernández, J., y Fernández Rodríguez, B. (2024). La evaluación de las psicoterapias: Implicaciones desde el criterio del paradigma de la psicoterapia basada en las evidencias. *Revista de Psicoterapia*, 35(129), 39-53. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i129.41313>
- Martorell, J. L. (2021). Nueva visita a Mordor: 40 años de polémicas en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 15-33. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.855>
- Maslow, A. H. (1982). *La amplitud potencial de la naturaleza humana*. México, Trillas.
- McAdams, D. P., y Olson, B. D. (2010). Personality development: Continuity a change over the life course. *Annual Review of Psychology*, 61, 517-542. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100507>
- McCrae, R. R., y Costa, P. T. (1986). Clinical assessment can benefit from recent advances in personality psychology. *American Psychologist*, 41(9), 1001-1003. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.1001>
- McCrae R. R., y Costa P. T. (2008). *Inventario de personalidad Neo revisado (NEO-PI-R), Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI)*. TEA Ediciones.
- McCrae, R. R., y Costa, P. T. (2012). *Personality in adulthood, Second edition: A five factor theory perspective*. New York: Guilford Press.
- Millon, T., Meagher, S., y Grossman, S. (2001). Theoretical perspectives. En: W. J. Livesley (Edit.). *Handbook of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Nakamura, J., y Csikszentmihalyi, M. (2014). The concept of flow. En: *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 239-263). Springer, Dordrecht.
- Naranjo, C. (2007). *Cambiar la educación para cambiar el mundo*. Editorial Cuarto Propio.
- Naranjo, C. (2012). *Entre meditación y psicoterapia*. Ediciones La Llave.
- Olhaberry, M., y Sieverson, C. (2022). Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 358-366. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.06.002>
- Otero, I., Cuadrado, D., y Martínez, A. (2020). Convergent and predictive validity of the Big Five factors assessed with Single Stimulus and quasi-ipsative questionnaires. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 36(3), 215-222. <https://doi.org/10.5093/jwop2020a17>
- Pace, V. L., y Brannick, M. T. (2010). How similar are personality scales of the "same" construct? A meta-analytic investigation. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 669-676. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.014>
- Pérez-González, J. C., y Sánchez-Ruiz, M. J. (2014). Trait emotional intelligence anchored within the Big Five, big two and big one frameworks. *Personality and Individual Differences*, 65, 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.021>
- Peteet, J. R. (2018). A fourth wave of psychotherapies: Moving beyond recovery toward well-being. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(2), 90-95. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000155>
- Posner, M. I., y Rothbart, M. K. (2007). Research on attention networks as a model for the integration of psychological science. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 1-23. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085516>
- Puche, A., y Botella, L. (2020). Desarrollo Personal y Práctica Espiritual: Análisis Narrativo de Vivencias. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 57-83. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.449>
- Puente, I. (2009). Psicología transpersonal y ciencias de la complejidad: Un amplio horizonte interdisciplinar a explorar. *Journal of Transpersonal Research*, 1(1), 19-28. <https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol1-issue1/Puente%20Iker.pdf>
- Puente, I. (2014). *Complejidad y psicología transpersonal: Caos, autoorganización y experiencias cumbre en psicoterapia*. [Tesis Doctoral]. Univ. Autónoma de Barcelona.
- Roberts, B. W., Luo, J., Briley, D. A., Chow, P. I., Su, R., y Hill, P. L. (2017). A systematic review of personality trait change through intervention. *Psychological Bulletin*, 143(2), 117-141. <https://doi.org/10.1037/bul0000088>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 6(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Rosenzweig S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5-9. Reedición del artículo clásico de Rosenzweig. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Smith, M. L., y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>

- Spinelli, C., Wisener, M., y Khoury, B. (2019). *Mindfulness* training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 120, 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109733>
- Sutich, A. (1976). The emergence of the transpersonal orientation: A personal account. *Journal of Transpersonal Psychology*, 8, 5-19. <https://www.atpweb.org/jtparchive/trps-08-76-01-005.pdf>
- Tomicic Suñer, A., y Martínez Guzmán, C. (2009). La variable personalidad en el estudio de la psicoterapia: ¿Medida de resultado o proceso? *Terapia Psicológica*, 27(1), 51-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100005>
- van der Linden, D., te Nijenhuis, J., y Bakker, A. B. (2010). The general factor of personality: A meta-analysis of Big Five intercorrelations and a criterion-related validity study. *Journal of Research in Personality*, 44(3), 315-327. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.03.003>
- van der Linden, D., Pekaar, K. A., Bakker, A. B., Schermer, J. A., Vernon, P. A., Dunkel, C. S., y Petrides, K. V. (2017). Overlap between the general factor of personality and emotional intelligence: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 143(1), 36-52. <https://doi.org/10.1037/bul0000078>
- Vaughan, F. E. (1995). *Shadows of the sacred: Seeing through spiritual illusions*. Quest Books.
- Wampold, B. E., y Imel, Z. E. (2021). *El gran debate de la psicoterapia: la evidencia de qué hace que la terapia funcione*. Eleftheria.
- Wilber, K. (1995). An informal overview of transpersonal studies. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 27(2), 107. <https://psycnet.apa.org/record/1996-03075-001>
- Wilber, K. (2000). *Integral psychology: Consciousness, spirit, psychology, therapy*. Boston: Shambhala Publications
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., ..., y Xie, P. (2017). Eficacia comparativa y aceptabilidad de psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes: Una revisión sistemática y metaanálisis en red. *RET: Revista de Toxicomanías*, 80, 22-34. https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_80_psicoterapia_depresion_infantil_y_adolescente.pdf

Artículo

PIMEC: Validación de un Programa de Intervención por Consumo de Cristal en México

Kalina Isela Martínez Martínez , Lorenia Robles Villarreal , Marielena Eudave-Patiño ,
Yancarlo Lizandro Ojeda Aguilar , Cinthia Judith Ibarra Villalpando 

Departamento de Psicología. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Aguascalientes (México)

INFORMACIÓN

Recibido: 02/07/2025
Aceptado: 05/09/2025

Palabras clave:

Metanfetamina tipo cristal
Tratamiento residencial
Intervención psicosocial
Personas usuarias

Keywords:

Crystal methamphetamine
Residential treatment centers
Psychosocial intervention
Users

RESUMEN

El consumo de metanfetamina ha aumentado en los últimos años, generando múltiples consecuencias. En México, la atención residencial es la vía principal para abordar este consumo, lo que evidencia la urgencia de estrategias especializadas. Aunque existen lineamientos para otras sustancias, no se ha diseñado un programa específico que incorpore sistemáticamente las voces de personas usuarias y del personal operativo. La recurrencia de internamientos refleja limitaciones en los abordajes actuales. Se realizó un estudio mixto exploratorio-descriptivo para evaluar la pertinencia del Programa de Intervención por Consumo de Metanfetamina tipo Cristal (PIMEC). En la primera fase se aplicó un jueceo a cuatro especialistas y se realizaron grupos focales con personas usuarias en tratamiento. En la segunda, la versión revisada se presentó a encargados de centros certificados por CONASAMA. Se utilizó la V de Aiken para el análisis cuantitativo y análisis temático para el cualitativo. La mayoría de los componentes obtuvieron $V > 0.7$. Las personas usuarias valoraron el programa como útil y completo, y sugirieron simplificar el lenguaje; los encargados destacaron su pertinencia y recomendaron fortalecer habilidades socioemocionales e incluir un plan de crisis. El PIMEC fue validado y ajustado mediante un proceso mixto, resultando en una herramienta contextualizada para centros residenciales.

PIMEC: Validation of an Intervention Program for Crystal Meth Use in Mexico

ABSTRACT

Methamphetamine use has increased in recent years, generating multiple consequences. In Mexico, residential treatment is the main pathway for addressing this issue, highlighting the urgent need for specialized strategies. Although there are guidelines for other substances, no specific program has been developed that systematically incorporates the voices of users and frontline personnel. The recurrence of admissions reflects the limitations of current approaches. A mixed exploratory-descriptive study was conducted to assess the relevance of the Crystal Methamphetamine Use Intervention Program (PIMEC). In the first phase, an expert review was carried out with four specialists, and focus groups were conducted with users undergoing treatment. In the second phase, the revised version was presented to staff from centers certified by CONASAMA. Aiken's V was used for quantitative analysis and thematic analysis for qualitative data. Most components scored $V > 0.7$. Users described the program as useful and comprehensive, suggesting simplifying the language; center staff confirmed its relevance and recommended strengthening socioemotional skills and including a crisis plan. PIMEC was validated and refined through a mixed-methods process, resulting in a context-specific tool for residential treatment centers.

Citar como: Martínez, K. I., Robles, L., Eudave-Patiño M., Ojeda, Y. L. e Ibarra, C. J. (2025). PIMEC: Validación de un programa de intervención por consumo de cristal en México. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 56-63. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45736>

Autor y e-mail de correspondencia: Lorenia Robles Villarreal, lorenia.robles88@gmail.com

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

El consumo de metanfetamina tipo cristal es un problema de salud pública (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2023) que genera problemas físicos, psicológicos y sociales en las personas que la consumen (Darke et al., 2008; Klein et al., 2024; Martínez et al., en prensa; O'Brien et al., 2008; Winslow et al., 2007). Además, existen múltiples situaciones derivadas del consumo de cristal, que no solo afectan a la persona usuaria, sino también a su familia (pareja, hijos, padres, hermanos, etc.) y a la sociedad en general (Asante y Lentoer, 2017; Martínez et al., en prensa; McKetin et al., 2020; Sampson et al., 2023; Sommers y Baskin, 2006; Watanabe-Galloway et al., 2009). Por ejemplo, en el ámbito familiar, se han documentado episodios de violencia emocional, sexual y física, así como negligencia parental (Brown y Hohman, 2006). A nivel social su impacto se puede observar dado el incremento en la participación en conductas delictivas, incluyendo robos y crímenes violentos, (Martínez et al., en prensa; McKetin et al., 2020), lo que provoca inseguridad y ansiedad en la familia (Asante y Lentoer, 2017; Martínez et al., en prensa). A esto se suma el estigma y el aislamiento social que experimentan las personas usuarias, así como la ruptura de vínculos familiares, incluso durante los procesos de recuperación (Martínez et al., en prensa; Vandermause, 2012).

En México, el consumo de metanfetaminas ha aumentado un 416% en la última década (Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones [OMSMCD], 2024). Específicamente la metanfetamina tipo cristal es la sustancia de impacto por la que predomina la búsqueda de atención en 28 de los 32 estados de la República Mexicana y esto ha aumentado de 2019 a 2023, de 36.3% a un 59.8% (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología [SISVEA], 2024). A pesar de ello, la mayoría de las personas llegan a tratamiento de manera involuntaria, ya sea por decisión de sus familiares o por mandato judicial (Martínez et al., 2024; Martínez et al., 2021), lo cual genera retos adicionales para su adherencia al proceso terapéutico.

Existen una serie de programas que, desde los años noventa, se implementan para el tratamiento del consumo de sustancias, como el tratamiento breve para cocaína (Oropeza Tena et al., 2014), así como intervenciones que combinan componentes de distintos modelos (Martínez et al., 2021), generalmente bajo un enfoque cognitivo-conductual. Si bien estos esquemas han generado elementos empíricos valiosos, en los últimos años el consumo de metanfetamina tipo cristal ha predominado en los centros residenciales. A pesar de ello, no se ha desarrollado un programa específico dirigido a esta sustancia. Además, no se ha evaluado sistemáticamente la opinión ni las recomendaciones de las personas usuarias ni del personal que opera estos centros, muchas veces personas sin formación profesional en salud, cuyas experiencias podrían contribuir significativamente a fortalecer esos elementos empíricos y aterrizarlos en un programa claro, flexible y libre de estigmatización.

A pesar de los esfuerzos que se realizan, los resultados continúan siendo limitados. Se estima que solo el 5% de los pacientes termina el tratamiento cuando se encuentran en contextos de internamiento, y que las recaídas son frecuentes (Martínez et al., 2021).

Frente a esta situación, se identificó la necesidad de desarrollar un programa estructurado, con base científica y contextualizado que

atendiera las particularidades del consumo de cristal y sus múltiples dimensiones (salud física, salud mental, violencia, exclusión social, vínculos familiares y estigma). Ante esta necesidad, se desarrolló el Programa de Intervención por Consumo de Metanfetamina tipo Cristal (PIMEC), el primer manual en México diseñado específicamente para personas adultas en tratamiento residencial que tienen como sustancia de impacto la metanfetamina tipo cristal. Los criterios de inclusión consideran que las personas no presenten deterioro cognitivo, sepan leer y escribir, no se encuentren en periodo de desintoxicación y acepten participar de manera voluntaria. Se permite la participación de personas con diagnóstico de patología dual, siempre que cumplan con los criterios mencionados. Consta de 15 sesiones que pueden impartirse en un periodo de 2 a 3 meses, dependiendo de la frecuencia que determine cada centro residencial según sus posibilidades.

El objetivo del PIMEC es reducir el consumo problemático, fortalecer habilidades socioemocionales y prevenir recaídas mediante un enfoque cognitivo-conductual, respaldado por evidencia de eficacia en el tratamiento de adicciones, ya que incorpora temáticas centrales presentes en otros manuales previos. Una de las fortalezas del desarrollo del PIMEC radica en el uso de un enfoque mixto que combinó técnicas cuantitativas y cualitativas para evaluar la pertinencia de sus componentes. Esta estrategia metodológica no solo permitió validar el contenido desde un enfoque experto, sino también incorporar la experiencia vivida de personas usuarias y del personal que trabaja en centros residenciales, fortaleciendo así su aplicabilidad en contextos reales de tratamiento.

El PIMEC está compuesto por diez componentes: admisión, evaluación inicial, y ocho módulos de tratamiento que abordan temas como el conocimiento sobre el cristal, el estigma, el autocuidado, el manejo de las emociones y el deseo por la sustancia (craving), la comunicación interpersonal, el establecimiento de metas, la violencia ejercida y vivida, la relación con los hijos, así como un componente de seguimiento para monitorear el progreso de la persona usuaria.

Una vez finalizado el primer borrador, se exploró la pertinencia de los componentes del PIMEC a partir de las observaciones y evaluaciones de jueces expertos en el tema, así como la perspectiva de personas usuarias de metanfetamina tipo cristal y la experiencia de los encargados de centros residenciales en el tratamiento de este consumo. Los resultados se presentan en este estudio.

Método

Participantes

El estudio se desarrolló en dos fases. En la fase uno, se llevó a cabo de manera simultánea una evaluación cuantitativa mediante jueceo con cuatro especialistas en consumo de sustancias y psicoterapia, así como una evaluación cualitativa con dos grupos focales de personas usuarias de metanfetamina tipo cristal (uno con hombres y otro con mujeres) que se encontraban en tratamiento residencial. Los criterios de inclusión para personas usuarias fueron: ser mayores de edad, estar en un centro residencial, no encontrarse en periodo de desintoxicación, tener la metanfetamina tipo cristal como sustancia de impacto y aceptar participar voluntariamente.

En la segunda fase, participó un tercer grupo focal conformado por personal encargado de centros residenciales certificados por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) en Aguascalientes, México. Se incluyeron personas mayores de edad, con al menos un año de experiencia en atención a usuarios de cristal, que aceptaron voluntariamente colaborar en la evaluación del programa. Además de evaluar la pertinencia del manual, se exploraron de manera más profunda aspectos relacionados con el consumo de metanfetamina tipo cristal, con el objetivo de enriquecer la comprensión sobre su aplicación y relevancia en el contexto de tratamiento residencial.

Instrumentos

Para la evaluación cuantitativa se utilizó un formato de jueceo, en el cual se valoró la pertinencia de cada componente del programa mediante una escala ordinal de tres puntos (1 = “*nada pertinente*”, 2 = “*pertinente, pero requiere modificaciones*”, 3 = “*muy pertinente*”).

Para la evaluación cualitativa, se emplearon guías semiestructuradas de grupo focal. Las guías para personas usuarias abordaron: 1) pertinencia del PIMEC, 2) necesidades según género, 3) impacto del estigma, y 4) sugerencias de mejora. Las guías para encargados de centros incluyeron: 1) contexto del consumo de cristal, 2) estrategias terapéuticas, 3) rol de la familia, 4) estigma y exclusión, 5) necesidades específicas por género y 6) recomendaciones al PIMEC.

Procedimiento

El estudio siguió un diseño mixto exploratorio-descriptivo. En la primera fase, se realizó paralelamente una evaluación cuantitativa del PIMEC mediante jueceo de expertos y una cualitativa con grupos focales de personas usuarias. Las sesiones de grupo focal, de 90 minutos cada una, fueron grabadas con consentimiento y transcritas literalmente. Los resultados obtenidos permitieron realizar ajustes sustantivos al contenido del programa.

En la segunda fase, la versión revisada del programa fue presentada al grupo focal de encargados de centros, con quienes se exploró la pertinencia del manual y se discutieron aspectos contextuales y prácticos de su implementación.

En la fase cuantitativa, se contactó a los jueces expertos para solicitar su participación voluntaria. A quienes aceptaron, se les envió el manual y el formato de evaluación, asegurando la confidencialidad de sus respuestas.

Antes de cada grupo focal, se explicó a las y los participantes el propósito del estudio, y se les proporcionó un consentimiento informado detallando los objetivos, el uso de los datos y las medidas de confidencialidad. Se les informó que podían retirarse en cualquier momento sin repercusiones. Todos firmaron voluntariamente el consentimiento previo a su participación.

Análisis de Datos

La información cuantitativa fue analizada mediante el cálculo de la V de Aiken para estimar la validez de contenido de cada componente. Los que obtuvieron valores inferiores a 0.7 fueron modificados.

El análisis cualitativo se llevó a cabo mediante análisis temático siguiendo las fases propuestas por Braun y Clarke (2006):

1) familiarización con los datos, 2) generación de códigos, 3) búsqueda de temas, 4) revisión, y 5) definición y denominación de temas. Aunque las categorías se organizaron inicialmente con base en las guías de preguntas, surgieron temas transversales como el estigma y el rol de la familia que permitieron integrar perspectivas y comparar los resultados entre ambos grupos.

Para garantizar la confiabilidad del análisis, se realizaron triangulaciones por parte de varios miembros del equipo de investigación. Posteriormente, se compararon y discutieron las categorías y temas emergentes hasta alcanzar un consenso, asegurando que la interpretación de los hallazgos fuera consistente y libre de sesgos individuales.

Resultados

La evaluación cuantitativa inicial mostró que la mayoría de los componentes del PIMEC fueron considerados pertinentes de acuerdo con la V de Aiken ($V \geq 0.85$) por los jueces expertos, aunque algunos componentes obtuvieron valores más bajos, particularmente los componentes “Conociendo el cristal” ($V = 0.83$), “Cuidando de mí” ($V = 0.83$) y “El cristal y las mujeres” ($V = 0.66$).

En paralelo, se llevó a cabo la evaluación cualitativa mediante grupos focales con personas usuarias de metanfetamina tipo cristal, cuyos aportes coincidieron en señalar áreas susceptibles de mejora, reforzando las observaciones hechas por los jueces.

En el componente “Conociendo el cristal”, los jueces recomendaron revisar el lenguaje utilizado para hacerlo más accesible a la población objetivo, así como incluir estrategias para que el terapeuta pueda manejar posibles crisis emocionales derivadas del contenido.

Respecto a “Cuidando de mí”, se sugirió ampliar la noción de autocuidado, reconociendo que no siempre se asocia a bienestar inmediato y que puede ejercerse incluso en contextos de consumo. También se recomendó integrar aspectos como el sueño, la alimentación y la actividad física, y que las propuestas de ejercicio consideren la disposición y condiciones particulares de cada persona, evitando enfoques que resulten invasivos o frustrantes.

En cuanto a “El cristal y las mujeres”, aunque se reconoció la pertinencia de abordar temas como la violencia de género y la crianza desde una perspectiva sensible, algunos jueces expresaron preocupación por su enfoque exclusivo hacia mujeres madres. Como resultado, el componente fue modificado para que fuera aplicable a cualquier persona cuidadora, promoviendo una visión más inclusiva y equitativa en términos de género y crianza, y evitando reforzar estigmas o roles tradicionales.

Tanto las observaciones de los jueces como los aportes de las personas usuarias permitieron realizar ajustes sustantivos al contenido del programa, priorizando la claridad conceptual, la secuencia lógica de los temas y el uso de un lenguaje más accesible. Esta primera modificación del PIMEC dio lugar a una versión mejorada que fue posteriormente sometida al análisis cualitativo por parte del grupo focal con encargados de centros residenciales.

A continuación, se presentan los resultados cualitativos organizados temáticamente, derivando primero de los grupos focales con personas usuarias y, después, de los encargados de centros. En la [Tabla 1](#) se resume cómo evolucionaron los principales componentes del programa en ambas fases del estudio.

Tabla 1

Propuestas Presentadas Tanto en el Jueceo y Personas Usuarías de Cristal Como a los Encargados de los Centros Residenciales

Componente original	Versión final	Cambio principal
Admisión y evaluación	Ingreso al programa	Lenguaje más claro y enfoque inicial reforzado
Cerebro y comportamiento	Conociendo el cristal	Se integran estrategias para el manejo del deseo
Identificando quién soy yo	Rompiendo el estigma	Énfasis en autoestigma y herramientas prácticas
Aprendiendo a cuidarme	Cuidando de mí	Visión flexible del bienestar, más realista
Reconociendo el deseo y la obsesión	Manejando mis emociones y el deseo	Inclusión de técnicas de regulación emocional
Fortaleciendo mis relaciones	Mejorando mi comunicación con los demás	Enfoque en comunicación asertiva y redes sociales
Metas de vida	Planeando mi futuro	Planeación de acciones sostenibles para la abstinencia
El cristal y las mujeres	Reconociendo la violencia / Relación con hijos	División en dos sesiones con enfoque de género y crianza
Alcanzando mis metas	Alcanzando mis metas	Consolidación y evaluación final

Resultado de los Grupos de las Personas Usuarías de Cristal

Pertinencia del PIMEC

Las personas usuarias consideraron los componentes del PIMEC altamente útiles, especialmente las estrategias para prevenir recaídas, el manejo del deseo por el cristal y ansiedad (5), violencia (8) y comunicación (6). Apreciaron que el programa se adapta a sus vivencias y les brinda herramientas que no suelen incluirse en los tratamientos. Sin embargo, mencionaron que aplicar lo aprendido fuera del centro representa un gran desafío, ya que no siempre cuentan con los recursos o el apoyo necesario para afrontar los factores de riesgo en su vida cotidiana. Esto sugiere que, si bien el tratamiento actual dentro del centro les ofrece un apoyo inicial, se requiere un enfoque más robusto y específico para equiparles con herramientas que les permitan manejar los factores desencadenantes de recaídas fuera del entorno protegido del centro.

Asimismo, subrayan la importancia de incluir estrategias de comunicación para mejorar sus relaciones personales y sociales. La falta de habilidades en este ámbito ha generado conflictos familiares y de pareja, intensificando su malestar emocional y el consumo como vía de escape. Aprender técnicas de comunicación les permitiría reconstruir relaciones dañadas y establecer vínculos más saludables.

Otro aspecto fundamental identificado fue la necesidad de abordar la violencia, especialmente para quienes han vivido o ejercido dinámicas violentas en sus relaciones. Comprender y manejar estas situaciones de manera más saludable no solo favorecerá su proceso de recuperación, sino también contribuiría a mejorar su entorno familiar y social.

Además, consideraron crucial incluir herramientas para el manejo de la ansiedad, la depresión y los pensamientos suicidas dentro del proceso de rehabilitación, ya que estos factores están estrechamente relacionados con la prevención de recaídas. Mencionaron que los episodios de mayor ansiedad suelen ser momentos en los que sienten una mayor necesidad de consumir, lo que subraya la importancia de desarrollar estrategias prácticas para afrontar estas situaciones de manera efectiva. Estas herramientas no solo ayudarían a mitigar el malestar emocional, sino también a romper el ciclo que frecuentemente conduce al consumo como mecanismo de escape.

Una participante compartió una reflexión significativa, señalando que, aunque nunca había tenido intentos ni pensamientos suicidas, sentía que su consumo problemático de cristal era una forma de “atentado lento” contra su propia vida. Este comentario ilustra la estrecha relación entre el consumo de sustancias y el deterioro progresivo de la salud física y emocional, evidenciando la necesidad de intervenciones que aborden no solo el consumo, sino también el impacto psicológico y emocional que lo acompaña.

Necesidades Específicas Según el Género

Las participantes, especialmente mujeres, enfatizaron la necesidad de que los programas terapéuticos aborden temas específicos como violencia, sexualidad, maternidad, crianza y estigma desde una perspectiva de género y con personal capacitado. Varias participantes compartieron que, además de haber sido víctimas de violencia en sus relaciones, también han ejercido violencia, por lo que consideran fundamental recibir herramientas para mejorar la comunicación y la resolución de conflictos. Respecto a la maternidad, expresaron sentimientos de culpa relacionados con su rol como madres, así como el temor a que alguna institución les retire la custodia de sus hijos. Esta situación limita su disposición a involucrarse plenamente en los programas de tratamiento.

Aunque no todas abordaron de forma directa el tema de la crianza, sí se hicieron alusiones a las dificultades para conciliar el proceso de rehabilitación con las responsabilidades del cuidado de los hijos. Esto pone en evidencia la importancia de fortalecer las capacidades parentales como parte del proceso de recuperación.

Impacto del Estigma en su Vida

Las personas usuarias coincidieron en que el estigma impacta negativamente su proceso de recuperación y reintegración. Compartieron experiencias en las que sus propios seres queridos, lejos de brindar apoyo, han optado por ejercer un control excesivo, imponer castigos o incluso aislarlos. En algunos casos, esto se manifiesta en restricciones extremas, como impedirles salir de casa o tomar decisiones sobre su propia vida. Además del entorno familiar, señalaron que también enfrentan rechazo y discriminación en sus comunidades, lo que obstaculiza su acceso a oportunidades

laborales, educativas y sociales. Esta exclusión, sumada a la falta de comprensión sobre el consumo de sustancias como un problema de salud, contribuye al sentimiento de aislamiento y puede aumentar el riesgo de recaídas.

Recomendaciones y Mejoras Para el PIMEC

Las personas usuarias evaluaron el PIMEC como “muy completo”. Entre las recomendaciones expresadas destacó la necesidad de mejorar la accesibilidad del lenguaje y los materiales del programa. Algunas personas usuarias señalaron que ciertos términos y conceptos eran difíciles de comprender, lo cual podría ser una barrera para su participación plena en las actividades propuestas.

En particular, las personas usuarias comentan la necesidad de contar con un plan de crisis práctico y concreto, que les permitiera enfrentar momentos de malestar emocional intenso, los cuales reconocieron como detonantes frecuentes para retomar el consumo. Finalmente, se señaló como una limitación importante la brevedad de las sesiones individuales en los centros residenciales. Las personas usuarias comentaron que las sesiones que suelen tener para atención psicológica, la mayoría de las ocasiones son muy cortas y esporádicas, lo que consideran insuficiente para abordar sus necesidades terapéuticas.

Resultados del Grupo de Encargados de Centros Residenciales

Una vez realizada la primera evaluación del PIMEC por parte de jueces expertos y personas usuarias, se incorporaron los ajustes pertinentes y se presentó la versión modificada a personas encargadas de centros residenciales (Ver [Tabla 1](#)). A continuación, se exponen los resultados de esta segunda fase de evaluación.

Contexto y Desafíos del Consumo de Cristal

Los encargados de los centros residenciales señalaron que el consumo de cristal ha aumentado de manera alarmante en Aguascalientes, consolidándose como la droga de mayor prevalencia en la región. Atribuyen este incremento a su bajo costo, fácil acceso y alta capacidad adictiva, lo que ha desplazado a otras sustancias. Además, identificaron cambios en los patrones de consumo, donde el uso tradicional en pipa o por inhalación ha sido parcialmente reemplazado por la inyección intravenosa, lo que incrementa los riesgos de enfermedades infecciosas, deterioro físico acelerado y afectaciones neurocognitivas, especialmente en contextos de vulnerabilidad económica y exclusión social.

Uno de los principales desafíos identificados es el grave deterioro cognitivo que provoca el cristal, afectando funciones esenciales como la memoria, la concentración y la toma de decisiones, lo que limita la capacidad de las personas usuarias para aplicar lo aprendido en su proceso de rehabilitación. Este daño podría agravarse con patrones de consumo prolongados, dosis elevadas y el policonsumo.

El impacto del consumo de cristal no se limita a la salud física y cognitiva, sino que también afecta la conducta y la interacción social. Según los encargados, el consumo prolongado suele desencadenar episodios de violencia, tanto hacia otras personas como hacia sí mismos, deteriorando aún más sus relaciones familiares y sociales. Uno de los hallazgos más preocupantes que

han observado es que, aunque ciertos daños cognitivos parecen revertirse con abstinencia prolongada y tratamiento adecuado, en muchos casos el daño es irreversible.

Estrategias y Enfoques Terapéuticos en los Centros Residenciales

Los encargados de los centros residenciales describieron los principales enfoques utilizados en el tratamiento del consumo de cristal, destacando la combinación de terapia cognitivo-conductual, grupos de 12 pasos y terapia grupal como las estrategias más comúnmente aplicadas en sus centros.

Las sesiones grupales y familiares fueron señaladas como pilares fundamentales del proceso terapéutico. En el caso de las terapias grupales, los encargados destacaron que fomentan un sentido de comunidad y validación, permitiendo a las personas usuarias compartir experiencias y estrategias de afrontamiento en un entorno de apoyo mutuo. Por otro lado, las sesiones familiares resultan clave para abordar dinámicas disfuncionales que pueden perpetuar el consumo, como la codependencia, la normalización de comportamientos nocivos o la falta de límites claros. Además, estas sesiones cumplen un papel educativo al informar a las familias sobre la naturaleza del consumo y su rol en el proceso de recuperación. No obstante, se reconoció que la participación familiar sigue siendo limitada.

Se subrayó la necesidad de personalizar los tratamientos, tomando en cuenta factores como género, edad, antecedentes de consumo y comorbilidades psiquiátricas o médicas. Para mejorar la efectividad del tratamiento, se destacó la necesidad de un enfoque interdisciplinario que integre atención médica, psicológica y social, así como terapias especializadas para personas con daño cognitivo severo o trastornos psiquiátricos comórbidos. También mencionaron que la espiritualidad puede ser un recurso motivacional en algunos casos. Destacaron la necesidad de capacitación continua en trauma, género y reducción de daños.

Rol de la Familia en el Proceso de Rehabilitación

Se reconoce que la familia puede ser un recurso clave en el proceso de rehabilitación, pero también una fuente de conflicto. La falta de conocimiento, la negación del problema y la falta de compromiso por parte de los familiares, son factores que pueden llegar a dificultar la recuperación y aumentar el riesgo de recaídas.

Enfatizaron que muchas familias muestran resistencia a involucrarse en el tratamiento, ya sea por miedo, vergüenza o dinámicas disfuncionales arraigadas. Aunque algunos de ellos han implementado terapias familiares obligatorias para educarlas y fortalecer su rol de apoyo, estas iniciativas enfrentan barreras estructurales y culturales como la normalización del consumo, la disponibilidad de tiempo y las dinámicas familiares disfuncionales.

Se mencionó que la codependencia puede reforzar el consumo. Señalaron que, en algunos casos, las familias refuerzan conductas nocivas al no establecer límites claros o al normalizar el consumo en ciertos contextos, como reuniones sociales. Además, mencionaron que sentimientos como la culpa y la frustración pueden dar lugar a actitudes sobreprotectoras, que lejos de favorecer la recuperación, tienden a reforzar la exclusión y el estigma hacia la persona usuaria. Coincidieron en que, cuando la familia se involucra activamente, la

recuperación mejora considerablemente. Su participación fortalece las redes de apoyo, ayuda a romper patrones disfuncionales y mejora la dinámica emocional en el hogar.

Estigma y Exclusión Social

El estigma fue identificado como una barrera significativa en el proceso de recuperación. El estigma puede manifestarse en distintos niveles: en la familia, en la sociedad, en el ámbito laboral e incluso en los sistemas de salud, afectando no sólo su acceso al tratamiento, sino la continuidad y la efectividad de este.

Para los encargados de los centros residenciales, las familias suelen comprender el consumo de sustancias desde una visión moralista, como si se tratara de una falta de voluntad o una debilidad de carácter, en lugar de un problema de salud. Esta visión provoca que, en lugar de acompañar a las personas en su proceso de recuperación, algunas familias les excluyan, desconfíen constantemente de ellas o las traten con dureza, por temor a una recaída. Además, enfrentan rechazo social y laboral tras concluir el tratamiento, al ser etiquetados como “irresponsables” o “poco confiables”, lo que dificulta su reintegración y aumenta el riesgo de recaídas. También se señaló la presencia de estigmas entre profesionales de la salud.

Necesidades Específicas Según el Género

Respecto al tratamiento para mujeres consumidoras, señalaron la necesidad de contar con enfoques diferenciados. Destacaron que las mujeres enfrentan barreras adicionales, como responsabilidades familiares, violencia de género, mayor estigmatización y dificultades para acceder o permanecer en tratamiento. Señalaron la importancia de contar con personal femenino capacitado que genere un ambiente de confianza. También destacaron la necesidad de sesiones sobre manejo del estrés, crianza, resolución de conflictos e independencia económica, con el fin de fortalecer la autonomía de las mujeres y ayudarlas a romper ciclos de violencia y dependencia.

Recomendaciones y Mejoras Para el PIMEC

Los encargados de los centros residenciales valoraron el programa positivamente, reconocieron su relevancia como una iniciativa que aborda aspectos fundamentales del tratamiento de personas usuarias de cristal. Señalaron la importancia de fortalecer el desarrollo de habilidades sociales y emocionales dentro del proceso terapéutico. Consideraron fundamental trabajar contenidos relacionados con la comunicación efectiva, la empatía y la resolución de conflictos, ya que estos elementos resultan clave para mejorar la convivencia familiar y social, así como para favorecer la reintegración de las personas usuarias en sus comunidades. La prevención de recaídas fue identificada como uno de los temas más importantes.

Discusión

La triangulación de métodos (cuantitativo y cualitativo) permitió una validación robusta del PIMEC. Los resultados del juicio de expertos confirmaron la pertinencia inicial del programa, mientras que los grupos focales profundizaron en su pertinencia al integrar las voces de actores clave en el área del consumo problemático de sustancias psicoactivas. En particular, la participación de

personas usuarias de cristal en proceso de rehabilitación y del personal encargado de los centros residenciales certificados resultó fundamental, ya que permitió incorporar experiencias directas desde la práctica y la vivencia cotidiana del tratamiento (Acosta et al., 2017). Este proceso de validación participativa permitió no solo confirmar que los componentes del programa son valorados como completos y útiles, sino también identificar áreas de mejora que fortalecen su adecuación a las necesidades reales de las personas que viven con esta problemática (Barbour, 2007; Krueger y Casey, 2009).

En la fase cuantitativa, el jueceo por expertos permitió identificar con claridad tres componentes que requerían ajustes importantes: “Conociendo el cristal”, “Cuidando de mí” y “El cristal y las mujeres”. Estos hallazgos fueron fundamentales, pues señalaron la necesidad de adaptar el lenguaje, ofrecer estrategias de regulación emocional y replantear el enfoque de género y crianza. Dentro de estas áreas de mejora, se propuso incluir técnicas específicas para el manejo de crisis, como DROP y Activa los sentidos (Gobierno de México, 2020); integrar una visión más flexible del bienestar incorporando sueño, alimentación y actividad física (OMS, 2022; Velázquez, Córdova, Rodríguez y Fernández, 2019); y rediseñar el componente sobre crianza para hacerlo más inclusivo bajo el título “La relación con mis hijos” (Galván y Arias, 2015; Deza, 2015). Estos cambios sustantivos fortalecieron la estructura y pertinencia del programa. Una vez integradas estas modificaciones, se exploró la percepción del PIMEC desde las voces de personas usuarias y encargados de centros residenciales.

Además, al triangular tanto a expertos, personas usuarias y encargados de los centros, se logró aumentar la confiabilidad de los hallazgos y garantizar una visión más completa del fenómeno. Esta evaluación es especialmente importante en el contexto actual, donde el consumo de cristal ha ido en aumento en diversas regiones del país, afectando de manera particular a jóvenes y poblaciones en situación de vulnerabilidad (SISVEA, 2024; CONASAMA, 2024).

Uno de los principales hallazgos consiste en la coincidencia en torno a la relevancia del programa, lo que sugiere que el diseño inicial del PIMEC responde de manera adecuada a los desafíos que implica el tratamiento del consumo de metanfetamina. Tanto el grupo de personas usuarias, así como los encargados de los centros destacaron la importancia de la familia, trabajar el estigma, atender necesidades específicas de las mujeres y contar con estrategias claras para prevenir las recaídas. Las personas usuarias señalaron la importancia de utilizar un lenguaje más claro y adaptar los contenidos a sus experiencias emocionales. Por su parte, los encargados destacaron la necesidad de capacitar continuamente al personal y de incorporar un enfoque interdisciplinario en el tratamiento. Es importante señalar que todas estas observaciones fueron consideradas para la versión final del PIMEC.

Las principales limitaciones fueron que este es un estudio exploratorio y descriptivo, por lo que los resultados no pueden generalizarse a todos los contextos o poblaciones. La muestra estuvo limitada a tres grupos focales en un contexto específico, lo que implica que otras experiencias o necesidades podrían no haber sido captadas en su totalidad. Asimismo, el estudio se centró en la percepción de la pertinencia, pero no evaluó de manera directa la efectividad, la cual se realizará a través del seguimiento y comparación longitudinal del grupo de tratamiento y el grupo control en variables como el craving, recaídas, uso de las estrategias vistas

en el programa y síntomas de ansiedad, depresión, impulsividad y comportamiento suicida mediante instrumentos validados.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta evidencia útil y aplicable para orientar el desarrollo, mejora y futura implementación del PIMEC en contextos de tratamiento residencial.

Desde una perspectiva de atención integral y centrada en la persona, estos resultados subrayan la necesidad de diseñar programas que no sólo aborden el consumo de sustancias, sino que también consideren los factores emocionales, sociales y contextuales que influyen en el proceso de recuperación (Marlatt y Donovan, 2005). En este sentido, el PIMEC, al incorporar componentes de desarrollo de habilidades y prevención de recaídas, se alinea con las mejores prácticas internacionales en el tratamiento de adicciones (OMS y UNODC, 2023).

Un aporte valioso del estudio fue la identificación de necesidades no vistas originalmente en el programa, como la inclusión de la familia en el proceso terapéutico, la aplicación del programa grupalmente y que tenga un enfoque multidisciplinario, integrando atención médica, psicológica y social, así como terapias especializadas para personas con daño cognitivo severo o trastornos psiquiátricos comórbidos. Aunque reconocemos esta necesidad y pertinencia de lo anterior, incluirlo todo ello en esta versión del PIMEC queda fuera de las posibilidades prácticas del programa. Sin embargo, lo anterior puede dar luz sobre lo que se puede abordar en futuras versiones o materiales complementarios.

Asimismo, los hallazgos permiten reflexionar sobre la relevancia de adaptar las intervenciones desde una perspectiva de género. Las mujeres participantes manifestaron haber vivido experiencias de violencia, estigmatización más severa y barreras específicas para acceder y mantenerse en tratamiento (Martínez et al., 2024; Ospina, 2022), el PIMEC incorpora sesiones específicas sobre violencia, crianza y estigma. Estos contenidos no solo responden a sus necesidades particulares, sino que también buscan fortalecer su recuperación y mejorar el bienestar familiar, en particular en lo relacionado con la crianza de sus hijas e hijos.

Los hallazgos también evidencian la persistencia del estigma como una barrera estructural tanto en el ámbito familiar como social e institucional (NIDA, 2024). El estigma afecta directamente el acceso, la permanencia y la efectividad del tratamiento, y fue reportado por ambos grupos como un factor que refuerza la exclusión, la culpa y el aislamiento. En este sentido, el PIMEC representa una oportunidad para incorporar un enfoque más empático y orientado a reducir las actitudes discriminatorias que enfrentan las personas usuarias (Martínez et al., 2023).

Los participantes señalaron aspectos que requieren ajustes y precisiones, particularmente en lo relacionado con el lenguaje utilizado, el fortalecimiento de habilidades sociales y emocionales, y el desarrollo de estrategias claras para la prevención de recaídas, incluyendo la elaboración de un plan de crisis. Es importante señalar que todas estas observaciones fueron consideradas para la versión final del PIMEC.

En general, el PIMEC resulta un programa que no solo es considerado pertinente, también, cuenta con la aceptación y reconocimiento de expertos, personas usuarias de cristal y encargados de centros residenciales como una estrategia necesaria para brindar atención; especialmente por agregar componentes para prevenir recaídas, manejar el craving, la ansiedad, violencia y mejorar la comunicación. Es un producto de investigación

innovador al ser el primer programa en México para personas consumidoras de cristal que se encuentran en centros residenciales.

Conclusiones

Este estudio permitió evaluar la pertinencia de los componentes del Programa de Intervención por Consumo de Metanfetamina tipo Cristal (PIMEC) a partir de una estrategia mixta, que incluyó al juicio de expertos como método para valorar la validez de contenido del PIMEC, así como la participación de personas usuarias de esta sustancia y encargados de centros residenciales certificados. Los resultados muestran una valoración positiva del programa, tanto por los expertos como por quienes lo implementarían y los que podrían beneficiarse de él. No obstante, el proceso de validación también evidenció la necesidad de realizar ajustes específicos para mejorar su comprensión, accesibilidad y efectividad, tales como adecuar el lenguaje, fortalecer las estrategias de desarrollo de habilidades socioemocionales y profundizar en la prevención de recaídas mediante planes de acción personalizados lo cual favoreció y enriqueció este programa de intervención.

Además, los resultados resaltan la importancia de desarrollar intervenciones con enfoque de género, que integren a las familias, aborden el estigma y reconozcan las trayectorias particulares de las personas consumidoras de cristal. Estos resultados pueden ser utilizados por centros de tratamiento, instituciones de salud pública y diseñadores de políticas, como una base para atender de manera más adecuada a las necesidades reales de las poblaciones usuarias de metanfetamina, contribuyendo así a mejorar la calidad y efectividad de los servicios ofrecidos. De igual manera podrían utilizar el PIMEC en sus centros residenciales lo que podría favorecer sus intervenciones.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la realización de este estudio ni en la redacción del presente manuscrito.

Financiación

El presente estudio fue financiado por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) mediante el proyecto número 3225, titulado “Desarrollo y evaluación de programas de intervención indicado y selectivo en consumidores de metanfetamina, fentanilo y heroína, y su comorbilidad con problemas de salud mental y comportamiento suicida”. Agradecemos a la Universidad Autónoma de Aguascalientes por el apoyo brindado para la publicación.

Referencias

- Acosta, K. L. C., Pérez, C. L., Garzon, D. C. P., y Vélez-Botero, H. (2017). Validación del programa de intervención para el consumo abusivo de alcohol: Pactos por la vida. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(1), 55-68. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.04>
- Asante, K. O., y Lento, A. G. (2017). Use of crystal methamphetamine among male adolescents in Cape Town, South Africa: Caregivers' experiences. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 12(18). <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0102-9>

- Barbour, R. (2007). *The sage qualitative research kit, 8 Vols: Doing focus groups*. SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781849208956>
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Brown, J. A., y Hohman, M. (2006). The impact of methamphetamine use on parenting. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(1-2), 63-88. https://doi.org/10.1300/J160v06n01_04
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2024). *Desafíos y esperanzas: Abordando la salud mental y las adicciones en la actualidad. Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México 2024*. Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/923815/INFORME_PAxS_2024.pdf
- Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., y Duflou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 253-262. <https://doi.org/10.1080/09595230801923702>
- Deza, S. (2015). Factores de riesgo y protección en niños y adolescentes en situación de pobreza de instituciones educativas en Villa El Salvador. *Avances en Psicología*, 23(2). <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.165>
- Galván, N., y Arias, J. (2015). El impacto del consumo de drogas en la familia: Una revisión de las consecuencias para los hijos de padres adictos. *Revista de Psicología y Salud*, 23(1), 89-102.
- Gobierno de México. (2020). *Brigada de Salud Mental: Ejercicios de Atención Plena*. <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/BrigadaSaludMental/EjerciciosAtencionPlena.html>
- Klein, T., Terry, D., y Peck, B. (2024). The experience of methamphetamine use disorder and the negative consequences of relapse – A qualitative study. *Journal of Addictive Diseases*, 42(2), 147-153. <https://doi.org/10.1080/10550887.2023.2165870>
- Krueger, R. A., y Casey, M. A. (2009). *Grupos focales: Una guía práctica para la investigación aplicada* (4.ª ed.). SAGE.
- Marlatt, G. A., y Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford press.
- Martínez Martínez, K. I., Contreras Pérez, M. E., Ojeda Aguilar, Y., y Pedroza Cabrerías, F. J. (2021). Perspectiva de los profesionales de la salud mental sobre el consumo de metanfetaminas y opiáceos en el estado de Aguascalientes. *Espacios Transnacionales*, 9(17), 96-110.
- Martínez Martínez, K. I., Ojeda, Y. L., Eudave-Patiño, M., Cahue, A., Paz Pérez, M. A., y Pedroza Cabrera, F. J. (2024). Comparison of use, barriers, treatment seeking, and mental health problems in residential methamphetamine users. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 10(2), 116-126. <https://doi.org/10.28931/riiad.2024.2.02>
- Martínez Martínez, K. I., Ojeda Aguilar, Y. L., Hernández Villafuerte, J., y Contreras-Pérez, M. E. (2023). Depression and suicidal behavior comorbidity in patients admitted to substance-use residential treatment in Aguascalientes, Mexico. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 20(4), 508-519. <https://doi.org/10.1080/26408066.2023.2172368>
- Martínez Martínez, K. I., Robles Villarreal, L., Ojeda Aguilar, Y. L., y Eudave-Patiño, M. (en prensa). «A través del cristal lo perdí todo»: Psychosocial and familial consequences of methamphetamine use. *Salud Mental*.
- McKetin, R., Boden, J. M., Foulds, J. A., Najman, J. M., Ali, R., Degenhardt, L., Baker, A. L., Ross, J., Farrell, M., y Weatherburn, D. (2020). The contribution of methamphetamine use to crime: Evidence from Australian longitudinal data. *Drug and Alcohol Dependence*, 216(1), 108262. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108262>
- National Institute on Drug Abuse. (2024, noviembre). *Metanfetamina*. <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/metanfetamina>
- O'Brien, A. M., Brecht, M. L., y Casey, C. (2008). Narratives of methamphetamine abuse: A qualitative exploration of social, psychological, and emotional experiences. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(3), 343-366. <https://doi.org/10.1080/15332560802224469>
- Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones. (2024). *Desafíos y esperanzas: Abordando la salud mental y las adicciones en la actualidad. Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México, 2024*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/923815/INFORME_PAxS_2024.pdf
- Organización mundial de la salud (2020, noviembre). *Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886>
- Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2023). *Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas*. https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/ES_UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders.pdf
- Oropeza Tena, R., Fukushima Taniguchi, E. A., García Quevedo, L. R., y Escobedo Alvarado, J. J. (2014). *Manual de aplicación del tratamiento breve cognitivo conductual para usuarios de cocaína* (4.ª ed.). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones; Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334700/Manual_Coca_na.pdf
- Ospina, A. M. (2022). Lilith y Eva. Estereotipos frente a mujeres usuarias de sustancias en proveedores de servicios de tratamiento residencial. *Cultura y Representaciones Sociales*, 17(33).
- Sampson, D., Heinsch, M., Geddes, J., Velleman, R., Velleman, G., Teesson, M., Newtoon, N., y Kay-Lambkin, F. (2023). 'I no longer know that person': Experiences of families living with someone using crystal methamphetamine. *PLOS ONE*, 18(4), e0284156. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284156>
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2024). *Informe SISVEA 2023 [Informe anual]*. Gobierno de México. https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2023.pdf
- Sommers, I., Baskin, D., y Baskin-Sommers, A. (2006). Methamphetamine use among young adults: Health and social consequences. *Addictive Behaviors*, 31(8), 1469-1476. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.10.004>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *Informe mundial sobre las drogas 2023*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
- Vandermause, R. K. (2012). Being wholesome: The paradox of methamphetamine addiction and recovery – A hermeneutical phenomenological interpretation within an interdisciplinary, transmethodological study. *Qualitative Social Work*, 11(3), 299-318. <https://doi.org/10.1177/1473325011401470>
- Velázquez, M., Córdova, A. J., Rodríguez, S. E., y Fernandez, C. (2019). Prácticas de autocuidado en adolescentes en tratamiento por el consumo de drogas. *Alternativas en psicología*, 41(1), 8-21.
- Watanabe-Galloway, S., Ryan, S., Hansen, K., Hullsiek, B., Muli, V., y Malone, A. C. (2009). Effects of methamphetamine abuse beyond individual users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(3), 241-248. <https://doi.org/10.1080/02791072.2009.10400534>
- Winslow, B. T., Voorhees, K. I., y Pehl, K. A. (2007). Methamphetamine abuse. *American Family Physician*, 76(8), 1169-1174.

Artículo

Revisión Sistemática Sobre Celos, Satisfacción Sexual y Calidad de Pareja, Mediante Text Mining

M. Amor Espinosa García¹ , Francisco Javier del Río Olvera¹ 
y Antonio Daniel García-Rojas² 

¹Universidad de Cádiz, Puerto Real, Cádiz (España)

²Universidad de Huelva, Huelva (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 11/05/2025
Aceptado: 05/09/2025

Palabras clave:

Celos
Satisfacción sexual
Pareja
Calidad relación de pareja
Text mining

RESUMEN

Los celos, la satisfacción sexual y la calidad en la relación pareja son aspectos relacionados, y conocer dicha relación servirá para proporcionar una atención más adecuada en el trabajo clínico y en programas de salud sexual. El objetivo de este estudio es realizar una revisión sistemática sobre la relación de estas variables: celos, satisfacción sexual y calidad. Tras una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, y una vez realizado un proceso de selección, dieciocho son los artículos seleccionados. Para realizar la revisión se ha utilizado el Análisis Textual (Text Mining), a través del software IRaMuTeQ 0.7 alpha 2. Los resultados muestran que existe escasa bibliografía sobre las variables de estudio por separado, y prácticamente inexistente en cuanto a la relación entre ellas. Se concluye con la necesidad de realizar más investigación en esta área que sirva para aclarar los conceptos analizados, y que ayude a mejorar el tratamiento clínico y los programas de educación sexual.

Systematic Review on Jealousy, Sexual Satisfaction and Couple Relationship Quality, Through Text Mining

ABSTRACT

Jealousy, sexual satisfaction and couple relationship quality are interrelated aspects, and knowing such interrelationship will help to provide a more adequate attention in the clinical practice and programmes regarding sexual health. The aim of this study was to carry out a systematic review on the relationship between these variables: jealousy, sexual satisfaction and couple relationship quality. After a literature search in the main databases, and once a selection process was conducted, 18 articles were selected. Text mining was used to perform the review, through the IRaMuTeQ 0.7 alpha v2 software. The results show that there are few studies on the study variables separately, and almost none regarding the relationship between them. Further research is needed in this area to clarify the analysed concepts and to contribute to improving the clinical treatment and programmes of sexual education.

Keywords:

Jealousy
Sexual satisfaction
Couple
Couple relationship quality
Text mining

Citar como: Espinosa, M. A., del Río, F. J. y García-Rojas, A. D. (2025). Revisión sistemática sobre celos, satisfacción sexual y calidad de pareja, mediante Text Mining. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 64-73. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45322>

Autor y e-mail de correspondencia: M. Amor Espinosa García, amorespinosa@cop.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

Los celos han sido ampliamente estudiados, pero no ocurre lo mismo con su relación con variables como la satisfacción sexual y la calidad de pareja. Actualmente no hay consenso sobre la definición de los celos, y diversos investigadores proponen diferentes definiciones. En primer lugar, [Hansen \(1982\)](#) sugirió que los celos son una “reacción protectora a una amenaza percibida a una relación valorada”. Más tarde, [White \(1993\)](#) definió los celos como un “complejo de pensamientos, emociones y acciones que siguen a la pérdida o amenaza a la autoestima y/o la existencia o calidad de la relación romántica”. Estas amenazas son generadas por la percepción de una atracción real o no entre la pareja y un posible rival, a veces imaginario. Por otra parte, otros autores definen los celos como un estado, que dependiendo del contexto, puede despertar distintas emociones, como tristeza, ira o miedo ([Hart y Legerstee, 2013](#)). La [Real Academia Española \(2023\)](#) los define como “la sospecha, inquietud o temor de que la persona amada deposite su cariño en otra”. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5) ([Association American Psychiatric, 2013](#)), clasifica los celos obsesivos en la categoría de “trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”, incluido en “otro trastorno compulsivo-obsesivo y trastornos relacionados especificados”, definiéndolo como:

La preocupación no delirante acerca de la infidelidad percibida de la pareja. Esta preocupación puede derivar en comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por la infidelidad, causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento; y no se explican mejor por otro trastorno mental como el trastorno delirante, celotípico o el trastorno de personalidad paranoide ([Association American Psychiatric, 2013](#)).

Por otra parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades 11a edición (CIE-11) define los celos como la idea delirante de que la pareja sexual le es infiel a uno (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

La relación de pareja es probablemente la situación en la que los celos se observan con mayor frecuencia, pudiendo aparecer en cualquier momento: durante la fase pasional del enamoramiento, en la etapa de estabilidad, durante periodos de infidelidad o en la fase de ruptura final. Sin embargo, existen diversos momentos críticos en la pareja que facilitan la aparición de estos: inicio convivencia, nacimiento hijo, comienzo nuevo trabajo, continuos viajes por motivos laborales, o incluso el éxito profesional del otro miembro de la pareja ([Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2010](#)).

Expresión de los Celos

Los celos no siempre se muestran tal y como son, y las personas suelen tener dificultades para pedir ayuda por este motivo. Suelen ocultarse para evitar el deterioro de la pareja e impedir una disminución de su autoestima. Los problemas asociados a estos son: síntomas depresivos, sentimientos de baja autoestima, escaso nivel de asertividad, alteraciones sexuales y dificultades en la comunicación de la pareja ([Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2010](#)).

Los resultados en el estudio de [Perles y colaboradores \(2019\)](#) indican que una mayor preocupación por el funcionamiento de la

relación de pareja está vinculada a relaciones más dependientes, y cuando se percibe una amenaza a esta relación, pueden surgir los celos.

Según [Martínez \(2013\)](#), cuando una persona siente celos es habitual que realice comportamientos de vigilancia, seguimiento, control y retención. Las conductas típicas de vigilancia son las siguientes: seguir de cerca sus horarios y actividades, conociendo a qué hora exacta tiene que estar en cada lugar; preguntar quién es la persona con la que habla si se encuentra con alguien; explorar el cuerpo de la pareja buscando aromas o señales reveladores; hurgar en objetos y lugares personales como cajones, bolsillos, bolsos; e inspeccionar el teléfono e incluso emplear sistemas de control para saber dónde se encuentra. En cuanto a las conductas de seguimiento se destaca el perseguir andando o en coche. Puede realizarse directamente por la persona celosa, o por terceros, como amigos, familiares o detectives. También este seguimiento puede realizarse a través de internet y de las redes sociales. En cuanto a las conductas de control se destaca que pueden ser muy variadas, desde halagos, regalos y demostraciones de cariño, hasta coacciones o amenazas. Por último, destacar que, aunque casi todas las conductas de la persona buscan la retención de la pareja y el alejamiento de posibles rivales, algunas destacan por su aparente carácter inocuo e incluso positivo, como llamar la atención de la otra persona mostrándose más atractivo, o mostrar amor y preocupación. En otras ocasiones, la retención llega muy lejos, buscando minimizar las posibilidades de abandono, y entre estas conductas se encuentra la sumisión, atribuyendo que ceder en todo podría ser el último recurso para impedir que se rompa la relación. Conductas similares a las descritas por [Martínez \(2013\)](#) son descritas por otros investigadores ([Bonilla, Rivas y Vázquez, 2017](#); [Borrajó, Gámez-Guadix y Calvete, 2015](#)).

En el ámbito sexual pueden aparecer diferentes conductas, desde un desinterés aparente, derivado de las preocupaciones de celos, hasta una gran actividad sexual, con el fin de demostrar a la pareja su suficiencia en esta área y ahuyentar las necesidades sexuales buscadas en otra persona. De la misma forma, la ausencia de deseo sexual por parte de la pareja puede ser una señal inequívoca para la mente de la persona celosa, de la existencia de relaciones sexuales con otra persona ([Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2010](#)).

Por tanto, se puede observar que la persona celosa desarrolla un ritual de comportamientos complejo, al que le dedica gran cantidad de tiempo, con el objetivo de comprobar la veracidad de sus sospechas, y que interfiere de forma grave en el desarrollo de la vida cotidiana.

Los celos no sólo afectan a la persona que los siente y los expresa, sino que también afecta a la pareja ([Martínez-León et al., 2017](#)). Las personas más celosas suelen presentar menor adaptación, menor satisfacción y menor percepción de la calidad de la pareja ([Barelds y Barelds-Dijkstra, 2007](#); [Khanchandani y Durham, 2009](#); [Rodríguez et al., 2015](#)).

Hay algunas situaciones en las que se aumentan las probabilidades de que se desarrollen los celos, como es el que la pareja muestre interés por otra persona, no tratándose necesariamente de un interés físico o sexual, sino simplemente el expresar abiertamente una opinión positiva sobre alguien, ya que una persona celosa puede sentirse humillada y menospreciada respecto al supuesto rival, debido a la baja autoestima y sentimientos de inferioridad típico de estas personas ([Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2010](#)).

Celos y Género

Los celos son ligeramente más frecuentes en hombres que en mujeres (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2010), sin embargo, en el estudio de Zandbergen y Brown (2015) los resultados indicaron que las mujeres ($M = 161,7$) eran significativamente más celosas que los hombres ($M = 148,64$), en función de sus calificaciones en la Escala de Celos de Autoinforme. También se analizaron las diferencias entre infidelidad emocional y sexual de los celos y el género, y se concluyó que las mujeres ($M = 7,69$) eran significativamente más celosas en el escenario de infidelidad emocional que los hombres ($M = 7,02$). Sin embargo, la variable de infidelidad sexual no fue significativa para el género.

Hombres y mujeres han aprendido a atribuir al sexo significados totalmente diferentes, como resultado de una socialización y aprendizaje diferente. Así mismo, también es diferente la forma en que cada género percibe los celos. El hombre suele ver en el posible adversario una amenaza a su virilidad, mientras que la mujer teme sobre todo el abandono (Gannac, 2016).

A nivel biológico, las fases del ciclo menstrual se asocian con altos niveles de celos, tanto en mujeres solteras como mujeres con pareja, mostrándose más celosas en el periodo fértil (Cobey et al., 2012), con un total de 109 parejas heterosexuales, se concluyó que en las mujeres, el uso de anticonceptivos hormonales predecía significativamente manipulaciones intersexuales autodeclaradas, es decir, conductas de retención dirigidas a la propia pareja.

Satisfacción Sexual

Una de las definiciones más aceptadas de satisfacción sexual es la de Lawrance y Byers (1995), quienes la definieron como “respuesta afectiva que surge de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas con la relación sexual”. Se ha encontrado que aspectos relacionales, como la alta satisfacción en la relación (Henderson et al., 2009), la comunicación con la pareja (MacNeil y Byers, 2009) y la asertividad sexual (Haavio-Mannila y Kontula, 1997) están relacionados con una mayor satisfacción sexual.

En relación con los celos, debido a los pensamientos recurrentes en la mente de la persona celosa, se provoca una mayor inhibición en el terreno erótico, impidiendo que la persona se desenvuelva de forma espontánea en este ámbito (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2010). En un estudio realizado por Lecuona y colaboradores (2021) se concluyó que las relaciones de dominancia y los comportamientos de celos afectaron negativamente a la satisfacción sexual.

Calidad de Pareja

Varios estudios señalan que los celos son un indicador positivo de la violencia física de la pareja en los hombres (LaMotte et al., 2018; Marcus y Swett, 2002), las mujeres (Brem et al., 2018), estudiantes universitarios varones (Marcus y Swett, 2002) y adolescentes (Calvete et al., 2018). Los celos pueden dar lugar a una serie de conductas negativas y desadaptativas, incluyendo intentos de controlar a la pareja y violencia física (Rodríguez et al., 2015). Las cogniciones relacionadas con los celos se caracterizan por la desconfianza, la necesidad de vigilar a la pareja y el deseo de controlarla, estando esto relacionado con la violencia física hacia la pareja (Carson y Cupach, 2000).

Para preservar a largo plazo las relaciones de pareja, las personas llevan a cabo técnicas específicas, que van desde acciones positivas, como es la mejora de la apariencia (Pham et al., 2013; Pham y Shackelford, 2013), hasta conductas negativas, como la violencia contra la pareja (Nascimento y Little, 2019).

La percepción de infidelidad por la pareja, o la sospecha de que la pareja ha sido emocional o sexualmente infiel durante la relación, son factores que también pueden desencadenar violencia (Babcock et al., 2004; Kaighobadi et al., 2009). Por tanto, no sorprende el hecho de que los celos sean un fenómeno relacional principalmente negativo, y que probablemente vaya acompañado de una baja calidad de la relación de pareja.

Relacionado con esto, se destacan los altos porcentajes de violencia de género registrados en España, mostrándose un total de 1.033 asesinatos, de 2003 a 2019 (Pastor-Gosálbez et al., 2021), relacionado esto de algún modo con los celos y los comportamientos asociados a estos, ya que como muestra la bibliografía, estos pueden acabar en violencia.

A nivel mundial, se estima que 736 millones de mujeres, alrededor de una de cada tres, ha experimentado alguna vez en su vida violencia física o sexual por parte de una pareja íntima. La mayor parte de la violencia contra las mujeres es perpetrada por sus maridos, parejas íntimas o exparejas. Más de 640 millones de mujeres de 15 años o más han sido objeto de violencia de pareja (el 26 % de las mujeres de 15 años o más). De las mujeres que han mantenido una relación, casi una de cada cuatro adolescentes de 15 a 19 años (24 %) ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja o marido. El 16 % de las jóvenes de 15 a 24 años han experimentado esta violencia en los últimos 12 meses (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Teniendo en cuenta esta información, se puede concluir que es de suma importancia investigar los celos en las relaciones de pareja, con el objetivo de prevenir y tratarlos, y evitar los altos porcentajes de violencia y asesinatos.

El objetivo de este estudio es conocer la relación entre los celos, la satisfacción sexual y la calidad de la relación de pareja.

Método

Siguiendo la clasificación de Del Río y colaboradores (2018), este artículo se considera una revisión sistemática. Para realizar esta revisión, se han seguido las indicaciones del *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Urrútia y Bonfill, 2010). Se realizó la búsqueda de trabajos en las bases de datos Web of Science, SCIELO, PubMed y Scopus, restringiendo la búsqueda a artículos científicos, y sin restricción en relación al año de publicación.

Las palabras claves utilizadas fueron “jealousy”, “sexual satisfaction” y “partner quality”. La búsqueda se realizó para los artículos en inglés y español, y se limitó a título, resumen y palabra clave.

Criterios de Inclusión

Los artículos para la revisión debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: trabajos publicados en revistas científicas con revisión por pares y que incluyeran el estudio de los celos, la satisfacción sexual y/o calidad de pareja.

Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión son los siguientes: ser revisión sistemática y ser meta-análisis.

Selección de los Estudios

Para el proceso de preselección y selección de los diferentes artículos que formarían parte de la revisión se siguieron las fases que recomienda [Perestelo-Perez \(2013\)](#).

- Fase 1. Una vez realizadas las búsquedas en las fuentes de información, dos revisores, de manera independiente, procedieron a preseleccionar las referencias potencialmente relevantes según los criterios de inclusión, teniendo en cuenta la información obtenida de los títulos y resúmenes.
- Fase 2. Tras el primer cribado, se puso en común la preselección de referencias de los dos revisores.
- Fase 3. Una vez concluida esta preselección, se procedió a la lectura de los artículos de forma completa, y se seleccionaron los que finalmente formarán parte de la revisión, por cumplir los criterios de inclusión.

Para realizar esta revisión, se ha utilizado el Análisis Textual (Text Mining), a través del software IRaMuTeQ 0.7 alpha 2.

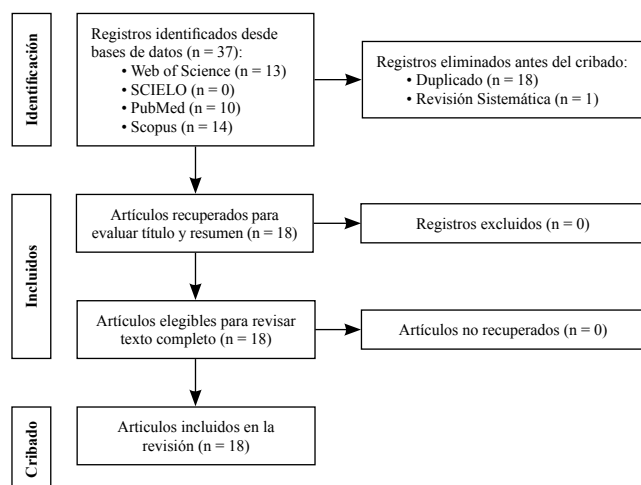
Resultados

Tras la búsqueda en las bases de datos, se encontraron un total de 37 artículos, de los que se eliminaron 18 por estar duplicados en las diferentes bases de datos, y 1 por ser revisión sistemática. Por tanto, esta revisión se ha realizado con un total de 18 artículos (ver [Figura 1](#)).

En cuanto al objetivo principal de los estudios, en el 22,2 % (4) de los artículos son los celos, en el 16,67 % (3) es la satisfacción sexual, y en el 44,4 % (8) es la calidad de la pareja. En el 16,67 % (3) restante, el objetivo principal son otras variables, como las preferencias de pareja humana, el funcionamiento de las relaciones monógamas y no monógamas, y las posibles amenazas en la relación de pareja, relacionado esto con una red social.

Figura 1

Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Artículos para la Revisión Sistemática



En cuanto a la muestra, en el 61,1 % (11) de los estudios la muestra está formada por hombres y mujeres, en el 16,67 % (3) sólo por hombres y en el 11,11 % (2) solo por mujeres. Los dos estudios restantes no dan información sobre la muestra. La mayoría de los estudios son con muestra heterosexual, excepto los estudios que solo están formados por hombres, que son homosexuales.

En cuanto al número de personas de la muestra, se encuentran distintos rangos. En dos estudios (11,11 %), el número de personas participantes es menor de 100; en otros 2 estudios (11,11 %), el rango es de 300 a 400 personas; en 7 estudios (38,89 %) el rango es de 498 a 840 participantes; por último, el mayor número de participantes se encuentra en 3 estudios (16,67 %), con un rango de 948 a 4.470 personas.

Los datos extraídos de los artículos quedan reflejados en la [Tabla 1](#).

Tras realizar una clasificación jerarquizada de manera descendente según el método Reinert, se obtiene la Clasificación Descendente Jerarquizada (CDH), en la que se observan 4 grandes categorías con los siguientes porcentajes: 20,6 %, 23,8 %, 20,6 % y 34,9 %. Cada una de ellas representa una temática, y además son descritas según el vocabulario que las define. La primera categoría, con un 20,6 % incluye las siguientes palabras: nonmonogamous, agreement, sex, arrangement, type, gay, monogamy, quality, man, level, monogamous, cnm, sexual, research, engage y assess; la segunda, con un 23,8 %: alternative potential, commit, facebook, medium, identify, friend, social, snss, discuss, list, author, implication, numb, low, predictor y account; la tercera, con un 20,6 %: woman, hc, hormonal, contraceptive, report, incongruent, congruent, congruency, effect, retention, female, find, behavior, male, base, affect, mate y group; por último, la cuarta categoría, con un 34,9 %: experience, coercion, increase, compersion, extradyadic, involve, romantic, negative, ci, anticipate, jealousy, predict, ipv, individual, impact, poach y person.

En la [Figura 2](#) se puede observar cómo los artículos están agrupados según los temas que se investigan. En el primer cuadrante se estudia sobre anticonceptivos hormonales; en el segundo sobre tipos de compromiso en las relaciones de pareja y su relación con la calidad de esta; dentro del segundo cuadrante también se investiga sobre los diferentes acuerdos en las relaciones y cómo esto afecta a la pareja, teniendo en cuenta las variables de estudio (celos, satisfacción y calidad); y por último, entre el tercer y cuarto cuadrante, sobre las consecuencias emocionales de las relaciones extradiádicas, la coacción sexual y la violencia de pareja, además de las preferencias de la pareja según el sexo.

La [Figura 3](#) muestra un análisis factorial correspondiente a la contingencia creciente de formas y lemas. Este gráfico tiene relación con el anterior ([Figura 2](#)), ya que se puede observar cuáles son las palabras más repetidas en los artículos, diferenciados por colores, y esto tiene una relación directa con la temática de cada uno de ellos.

Discusión

La revisión sistemática realizada ha permitido sistematizar y recabar la información sobre celos, satisfacción sexual y calidad de pareja, información que puede ser valiosa para los profesionales que se dedican al tratamiento clínico y a la prevención a través de la educación.

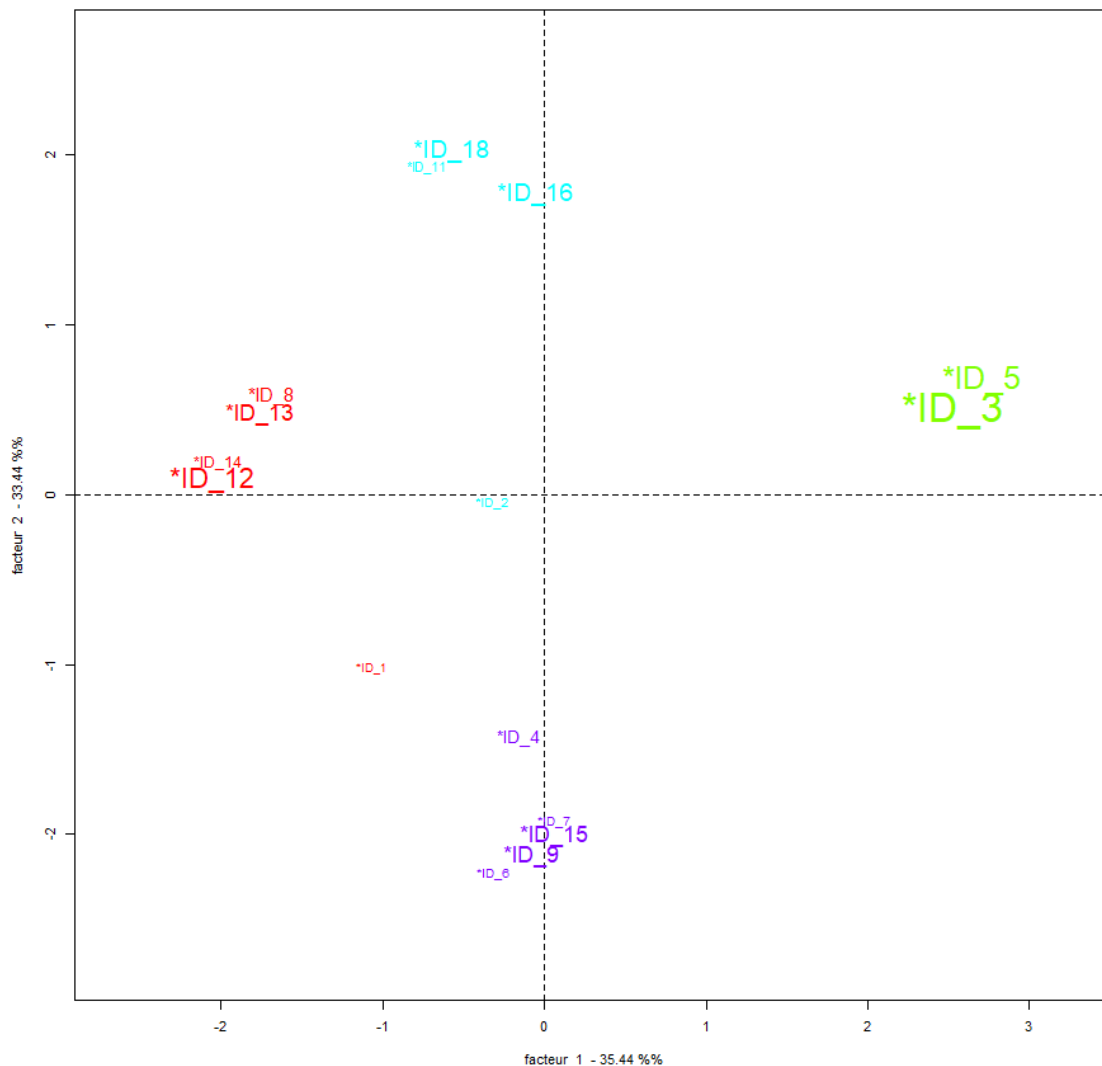
Tabla 1*Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en la Revisión Sistemática*

Autor/es (año) País	Muestra	Diseño	Principales hallazgos
Karrasch y Reichert (2011) Alemania	75 personas (43 cuidadores y 32 pacientes)	Estudio transversal	Este estudio muestra que cuidar a un cónyuge con una enfermedad crónica o una discapacidad puede ser una tarea difícil en muchos sentidos y puede tener un impacto negativo (por ejemplo, falta de intimidad, problemas sexuales) en la calidad de la relación entre la pareja.
Belu y O'Sullivan (2018) Canadá	660 adultos que mantenían una relación sentimental	Estudio transversal	La caza furtiva de pareja se produce cuando una persona atrae a otra, de la que sabe que ya mantiene una relación exclusiva, hacia una relación sexual o romántica. Las personas que mantenían relaciones formadas a partir de la caza furtiva calificaron sus relaciones como más bajas en satisfacción, compromiso y confianza, y más altas en celos, y presentaban tasas más altas de infidelidad romántica y sexual en su relación actual.
Jern et al. (2018) Finlandia	948 mujeres	Diseño correlacional. Se analizaron tres variables clave de calidad relacional: Satisfacción sexual, satisfacción general en la relación y celos	El objetivo del estudio es conocer si el uso incongruente de anticonceptivos hormonales afecta negativamente a varios aspectos de las relaciones románticas de las mujeres. Los resultados muestran que las mayores diferencias en las puntuaciones de celos, satisfacción sexual y satisfacción con la relación tendían a encontrarse entre mujeres que consumían anticonceptivos hormonales de forma constante y mujeres que no lo hacían.
Musa et al. (2021) California	498 estudiantes universitarios	Estudio transversal	La satisfacción en la relación y los niveles de celos fueron factores clave que explican la aparición de violencia en estudiantes universitarios. Una satisfacción baja en la relación también se asoció directamente con mayores probabilidades de depresión, independientemente de la presencia de violencia de pareja.
Welling et al. (2012) Estados Unidos	218 personas (109 parejas heterosexuales)	Estudio observacional transversal con metodología correlacional, diseñado para explorar asociaciones entre uso de anticonceptivos y tácticas de retención de pareja, sin manipulación experimental ni seguimiento longitudinal.	Las mujeres que toman anticonceptivos hormonales tienden a adoptar más conductas destinadas a retener a su pareja. Sus compañeros masculinos también muestran un aumento en estas conductas.
Belu y O'Sullivan (2020) Canadá	861 adultos en relaciones románticas	Estudio transversal y correlacional. Evaluación a través de cuestionarios	Quienes tienen un historial de mate poaching (ligar con una persona que ya está en una relación) muestran peores indicadores de calidad de relación. Sus relaciones tienden a ser más insatisfactorias, menos comprometidas y más conflictivas. También son relaciones menos duraderas y estables.
Schmitt (2014) Estados Unidos	No hay datos	No hay datos	Los resultados muestran que las preferencias de pareja son mecanismos adaptativos y tienen funciones críticas en el apareamiento humano.
Hosking (2014) Australia	772 hombres homosexuales	Estudio transversal, cuantitativo y correlacional	Los resultados muestran que la satisfacción con los acuerdos sexuales en hombres homosexuales australianos depende fundamentalmente de dos factores: 1. La calidad de la relación (satisfacción y compromiso) y la coherencia entre los valores personales sobre la monogamia y el tipo de acuerdo establecido. 2. Los celos, en especial en contextos no monógamos, aparecen como un obstáculo importante.

Tabla 1*Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en la Revisión Sistemática (Continuación)*

Autor/es (año) País	Muestra	Diseño	Principales hallazgos
Collibee y Furman (2014) Estados Unidos	94 adolescentes (44 hombres y 50 mujeres)	Longitudinal observacional. Se realizó un seguimiento durante aproximadamente 8,5 años a jóvenes con una edad media inicial de 15,10 años	La experiencia de coerción sexual tiene un impacto negativo significativo en las relaciones románticas de adolescentes y adultos jóvenes. Tras el evento coercitivo, aumentan las interacciones negativas y los celos, mientras que disminuyen las citas serias. Sin embargo, la satisfacción en la relación, el apoyo emocional percibido y la participación en relaciones casuales permanecen estables. Estas cifras respaldan la necesidad de intervenciones enfocadas en la prevención de conductas coercitivas y en el apoyo emocional post-victimización.
Blasband y Peplau (1985) Estados Unidos	184 hombres (92 parejas de hombres homosexuales)	Estudio Observacional, transversal, con diseño comparativo.	Se concluye que tanto parejas exclusivas como abiertas reportaron niveles similares de satisfacción y compromiso. La exclusividad sexual no se considera requisito para mantener alta calidad relacional.
Séguin y Blais (2021) Canadá	840 personas	Estudio cuantitativo, transversal y psicométrico	El Orgasm Beliefs Inventory (OBI) es una herramienta válida y fiable para evaluar las creencias sobre el orgasmo en población adulta. Permite explorar cómo estas creencias influyen en la satisfacción sexual, la salud relacional y las diferencias individuales.
Parsons et al. (2012) Estados Unidos	322 hombres homosexuales (161 parejas)	Estudio Transversal y cuantitativo	La calidad sexual en parejas de hombres homosexuales no depende de ser monógamos o no, sino de tener acuerdos explícitos y consensuados. La no monogamia con reglas claras puede sostener niveles altos de satisfacción sexual y compromiso.
Conley et al. (2017) Estados Unidos	No hay datos	No hay datos	Este estudio sostiene que las relaciones no monógamas deben verse como formas legítimas de vínculo que pueden ofrecer satisfacción y estabilidad.
Gatzeva y Paik (2009) Estados Unidos	681 personas	Estudio transversal	Los celos y las expectativas de exclusividad sexual son factores clave para comprender diferencias de satisfacción en distintos tipos de relación (matrimonio, conviven juntos o no).
Balzarini et al. (2021) Estados Unidos y Canadá	4.888 personas (3.530 personas que se identificaban como poliamorosas y 1.358 personas en relaciones monógamas)	Estudio cuantitativo, transversal, basado en una muestra de convivencia	Las personas que habían experimentado situaciones con otras personas fuera de la pareja mostraron menos celos.
Abbasi (2019) Estados Unidos	311 adultos jóvenes	Diseño cuantitativo, transversal	El estudio muestra que las redes sociales pueden aumentar la exposición a posibles alternativas románticas, pero el nivel de compromiso y la satisfacción relacional son factores clave para reducir la vulnerabilidad a dichas tentaciones. Las relaciones comprometidas ofrecen mayor protección que los noviazgos frente a las distracciones amorosas online.
Dijkstra y Barelds (2011) Países Bajos	1.500 mujeres	Estudio transversal	El estudio muestra que las mujeres lectoras de revistas femeninas viven su sexualidad de forma relativamente activa, variada y satisfactoria, con actitudes abiertas hacia el sexo y cierta prevalencia de experiencias fuera de la pareja. La cultura liberal de los Países Bajos parece influir en la forma en la que expresan su sexualidad.
Drouin et al. (2015) Estados Unidos	371 estudiantes universitarios	Estudio experimental	Se desarrolló un protocolo experimental de Facebook versus memoria para probar si las listas de amigos de Facebook actúan como base para el reconocimiento de posibles parejas sexuales y comprometidas y si la identificación de estas posibles parejas (ya sea de Facebook o de memoria) provoca una menor inversión en las relaciones. Los resultados muestran que los participantes, al revisar su lista de amigos en Facebook, identificaron más alternativas sexuales que cuando usaban la memoria. Este efecto fue más fuerte en hombres que en mujeres. Las alternativas vistas en Facebook fueron evaluadas como de menor calidad que las recordadas de memoria.

Figura 2
Agrupación de Artículos



Por medio de la revisión realizada, se concluye que las diferentes variables que se tienen en cuenta en los estudios, entre ellas los celos, afecta a la satisfacción sexual y calidad de pareja, destacando sobre todo la relación de estos con la violencia, tanto física como psicológica, coincidiendo con lo expuesto por la [Organización Mundial de la Salud \(2021\)](#).

Los celos en las relaciones de pareja poseen una amplia bibliografía, encontrándose su primera definición en los años 80 ([Hansen, 1982](#)). De igual manera, la satisfacción sexual y la calidad de la relación de pareja por separado, o su relación con otras variables. Sin embargo, existe escasa literatura que analice las tres variables en conjunto. Además, gran parte de los estudios analizados ofrecen datos sobre estas variables, pero de forma transversal, siendo su objeto de estudio otro. En este sentido, se destaca el trabajo de [Powers y Kaukinen \(2020\)](#).

Los estudios revisados tienen variedad de muestra, pero no todos informaron de la muestra en concreto, tanto si estaba formada por hombres, mujeres, o ambos, y la orientación sexual de estos.

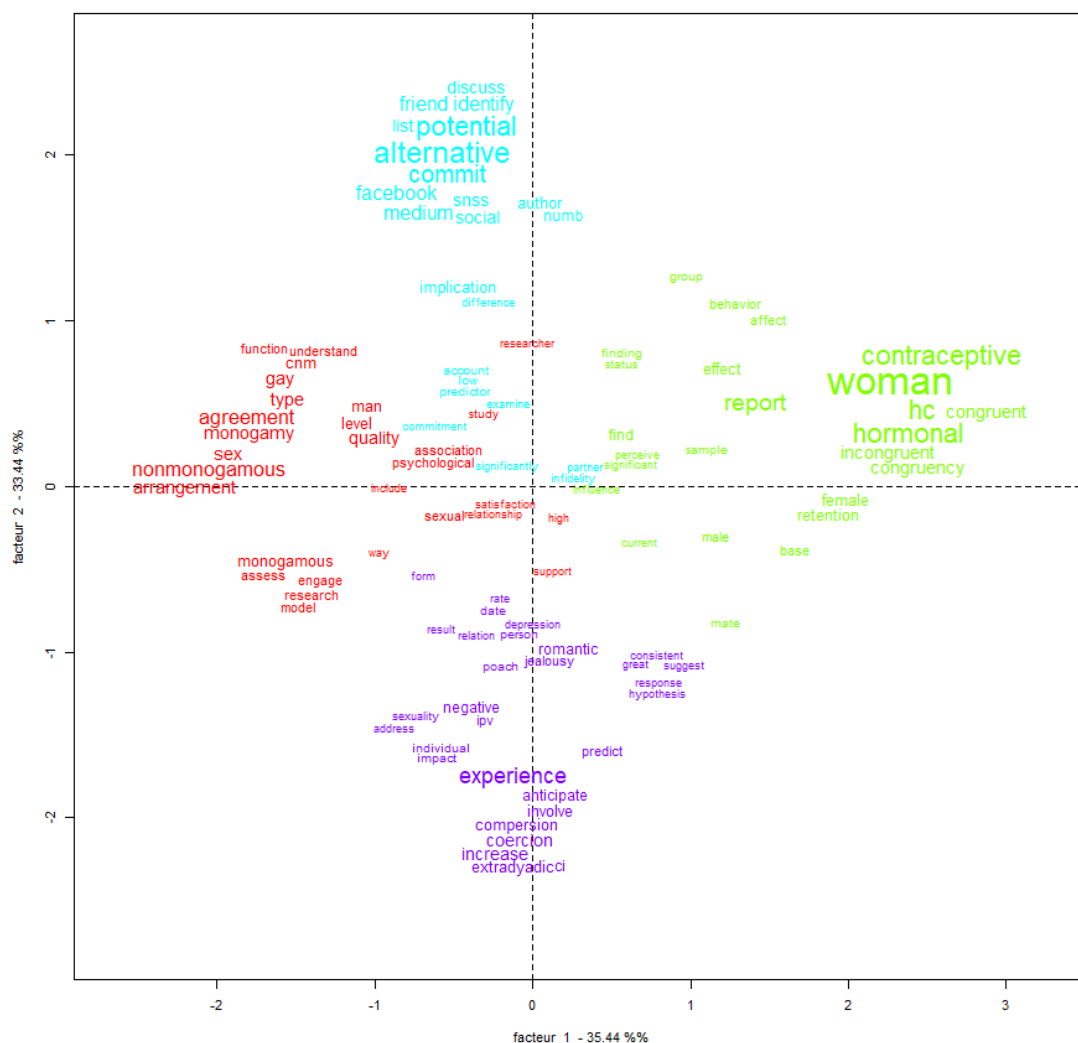
También hay estudios en los que no se muestra el número de personas participantes. Por tanto, se considera que sería interesante en futuros estudios que incluyeran estos datos.

Todos los estudios fueron publicados entre 2011 y 2021, excepto uno que es de 1985. Se considera que el estudio de estas variables es de reciente interés, pues todas las investigaciones se encuentran en un rango de 10 años.

En definitiva, se puede concluir que los celos están relacionados con la satisfacción sexual y con la calidad de pareja, realizados con una enorme variabilidad de instrumentos de medida, lo que no facilita el que se pueda llegar a conclusiones categóricas. Teniendo en cuenta esto, se hace necesario llevar a cabo nuevos estudios para investigar la relación entre celos, satisfacción sexual y calidad de pareja, de forma conjunta. A partir de estas conclusiones se sugiere que se diseñen investigaciones que recojan las tres variables, que incluya a hombres y mujeres de diversos rangos de edad, que se recojan las diferentes orientaciones sexuales, y que los instrumentos de medida sean estandarizados y baremados para la población correspondiente.

Figura 3

Análisis Factorial de Correspondencia



Así mismo, sería importante que la muestra seleccionada tuviera un tamaño que fuese representativo de la población de estudio, teniéndose en cuenta los parámetros estadísticos necesarios (nivel de confianza, margen de error, y características de la muestra). Este tipo de investigación se hace necesaria y contribuirá a la mejora de la intervención en clínica y programas de educación afectivo-sexual, centrados en el consentimiento, tipos de relación, identificación y gestión de las emociones, empatía, comunicación asertiva, mitos y creencias sobre la sexualidad, responsabilidad afectiva y tipos de relaciones, entre otros temas.

Conflicto de Interés

Los autores no tienen conflictos de interés.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Referencias

- Abbasi, I. S. (2019). Falling prey to online romantic alternatives: Evaluating social media alternative partners in committed versus dating relationships. *Social Science Computer Review*, 37(6), 723–733. <https://doi.org/10.1177/0894439318793947>
- Association American Psychiatric. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Babcock, J. C., Costa, D. M., Green, C. E., y Eckhardt, C. I. (2004). What situations induce intimate partner violence? A reliability and validity study of the proximal antecedents to violent episodes (PAVE) scale. *Journal of Family Psychology*, 18(3), 433–442. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.3.433>
- Balzarini, R. N., McDonald, J. N., Kohut, T., Lehmler, J. J., Holmes, B. M., y Harman, J. J. (2021). Compersion: When jealousy-inducing situations don't (just) induce jealousy. *Archives of Sexual Behavior*, 50(4), 1311–1324. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01853-1>

- Barelds, D. P., y Barelds-Dijkstra, P. B. (2007). Relations between different types of jealousy and self and partner perceptions of relationship quality. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 176–188.
- Belu, C. F., y O'Sullivan, L. F. (2018). Why find my own when I can take yours?: The quality of relationships that arise from successful mate poaching. *Journal of Relationships Research*, 9. <https://doi.org/10.1017/jrr.2018.5>
- Belu, C. F., y O'Sullivan, L. F. (2020). Once a poacher always a poacher? Mate poaching history and its association with relationship quality. *The Journal of Sex Research*, 57(4), 508–521. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1610150>
- Blasband, D., y Peplau, L. A. (1985). Sexual exclusivity versus openness in gay male couples. *Archives of Sexual Behavior*, 14(5), 395–412. <https://doi.org/10.1007/BF01542001>
- Bonilla, E., Rivas, E., y Vázquez, J. J. (2017). Tolerancia y justificación de la violencia en relaciones de pareja adolescentes. *Apuntes de Psicología*, 35(1), 55–61.
- Borrajó, E., Gámez-Guadix, M. y Calvete, E. (2015). Justification beliefs of violence, myths about love and cyber dating abuse. *Psicothema*, 27(4), 327–333.
- Brem, M. J., Wolford-Clevenger, C., Zapor, H., Elmquist, J., Shorey, R. C., y Stuart, G. L. (2018). Dispositional mindfulness as a moderator of the relationship between perceived partner infidelity and women's dating violence perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(2), 250–267.
- Calvete, E., Fernández-González, L., Orue, I., y Little, T. D. (2018). Exposure to family violence and dating violence perpetration in adolescents: Potential cognitive and emotional mechanisms. *Psychology of Violence*, 8(1), 67–75.
- Carson, C. L., y Cupach, W. R. (2000). Fueling the flames of the green-eyed monster: The role of ruminative thought in reaction to romantic jealousy. *Western Journal of Communication*, 64(3), 308–329. <https://doi.org/10.1080/10570310009374678>
- Cobey, K., Buunk, A., Roberts, C., Klipping, N., Appels, N., Zimmerman, Y., Coelingh, H., y Pollet, T. (2012). Reported jealousy differs as a function of menstrual cycle stage and contraceptive pill use: A withinsubjects investigation. *Evolution and Human Behavior*, 33, 395–401. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2011.12.001>
- Collibee, C., y Furman, W. (2014). Impact of sexual coercion on romantic experiences of adolescents and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1431–1441. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0256-0>
- Conley, T. D., Matsick, J. L., Moors, A. C., y Ziegler, A. (2017). Investigation of consensually non-monogamous relationships: Theories, methods, and new directions. *Perspectives on Psychological Science*, 12(2), 205–232. <https://doi.org/10.1177/1745691616667925>
- del Río, F. J., y Cabello-García, M. A., y Cabello-Santamaría, F. (2018). Guide for the classification of clinical research articles for the International Journal of Andrology. *Revista Internacional de Andrología*, 16(3), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.07.004>
- Dijkstra, P., y Barelds, D. P. H. (2011). Women, sex and modern society: The sex lives of readers of a Dutch women's magazine. *International Journal of Sexual Health*, 23(1), 35–47. <https://doi.org/10.1080/19317611.2010.512791>
- Drouin, M., Miller, D. A., y Dibble, J. L. (2015). Facebook or memory: Which is the real threat to your relationship? *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(10), 561–566. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0259>
- Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (2010). *Celos en la pareja. Una emoción destructiva*.
- Gannac, A. (2016). Sortir du cercle infernal de la jalousie. *Psychologies*.
- Gatzeva, M., y Paik, A. (2009). Emotional and physical satisfaction in noncohabiting, cohabiting, and marital relationships: The importance of jealous conflict. *Journal of Sex Research*, 48(1), 29–42. <https://doi.org/10.1080/00224490903370602>
- Haavio-Mannila, E., y Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 399–419.
- Hansen, G. L. (1982). Reactions to hypothetical, jealously producing events. *Family Relations*, 31(4), 513. <https://doi.org/10.2307/583926>
- Hart, S. L., y Legerstee, M. (2013). *Handbook of jealousy: Theory, research, and multidisciplinary approaches*. Wiley-Blackell.
- Henderson, A. W., Lehavot, K., y Simoni, J. M. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 50–65.
- Hosking, W. (2014). Australian gay men's satisfaction with sexual agreements: The roles of relationship quality, jealousy, and monogamy attitudes. *Archives of Sexual Behavior*, 43*(4), 823–832. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0197-7>
- Jern, P., Kärnä, A., Hujanen, J., Erlin, T., Gunst, A., Rautahaimo, H., Öhman, E., Roberts, C., y Zietsch, B. (2018). A high-powered replication study finds no effect of starting or stopping hormonal contraceptive use on relationship quality. *Evolution and Human Behavior*, 39(4), 373–379. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2018.02.008>
- Kaighobadi, F., Shackelford, T. K., y Goetz, A. T. (2009). From mate retention to murder: Evolutionary psychological perspectives on men's partner-directed violence. *Review of General Psychology*, 13(4), 327–334. <https://doi.org/10.1037/a0017254>
- Karrasch, R. M., y Reichert, M. (2011). Impacts of spouse-caregiving on relationship and sexuality. *Journal of Family Research*, 23(1), 102–116. <https://doi.org/10.20377/jfr-236>
- Khanchandani, L., y Durham, T. (2009). Jealousy during dating among female college students. *College Student Journal*, 43, 1272–1278.
- LaMotte, A. D., Meis, L. A., Winters, J. J., Barry, R. A., y Murphy, C. M. (2018). Relationship problems among men in treatment for engaging in intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 33(1), 75–82. <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9920-9>
- Lawrance, K., y Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267–285.
- Lecuona, O., Suero, M., Wingen, T., y de Rivas, S. (2021). Does “open” rhyme with “special”? Comparing personality, sexual satisfaction, dominance and jealousy of monogamous and non-monogamous practitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(4), 1537–1549. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01865-x>
- MacNeil, S., y Byers, E. S. (2009). Role of sexual self-disclosure in the sexual satisfaction of long-term heterosexual couples. *Journal of Sex Research*, 46, 3–14.
- Marcus, R. F., y Swett, B. (2002). Violence and intimacy in close relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(5), 570–586.
- Martínez-León, N. C., Peña, J. J., Salazar, H., García, A., y Sierra, J. C. (2017). A systematic review of romantic jealousy in relationships. *Terapia Psicológica*, 35(2), 203–212. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082017000200203>
- Martínez, J. M. (2013). *Celos: Claves para comprenderlos y superarlos* (Paidós).
- Musa, A., Valdez, A. J., Aguilar, J. L., Pendi, K., Wolitzky-Taylor, K. B., Lee, D., Lee, J., y Safani, D. (2021). The prevalence of intimate partner violence and association with depression in university students: Results

- of a cross-sectional study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(1), 71–75. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001255>
- Nascimento, B. S., y Little, A. C. (2019). Mate retention strategies, self-esteem, mate value and facial attractiveness disparity in Brazil and in the UK. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 45(6), 461–472. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1557307>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (11th ed.). <https://icd.who.int/browse11>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violence against women prevalence estimates. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- Parsons, J. T., Starks, T. J., Gamarel, K. E., y Grov, C. (2012). Non-monogamy and sexual relationship quality among same-sex male couples. *Journal of Family Psychology*, 26(5), 669–677. <https://doi.org/10.1037/a0029561>
- Pastor-Gosálbez, I., Belzunegui-Eraso, Á., Merino, M. C., y Merino, P. P. (2021). Analysing gender-based violence in Spain fifteen years after the implementation of law 1/2004. *Australian Slavonic and East European Studies*, 174, 109–129. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.174.109>
- Perestelo-Perez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49–57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)
- Perles, F., San Martín, J., y Canto, J. M. (2019). Gender and conflict resolution strategies in spanish teen couples: Their relationship with jealousy and emotional dependency. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(7), 1461–1486. <https://doi.org/10.1177/0886260516651316>
- Pham, M. N., y Shackelford, T. K. (2013). The relationship between objective sperm competition risk and men's copulatory interest is moderated by partner's time spent with other men. *Human Nature*, 24(4), 476–485. <https://doi.org/10.1007/s12110-013-9181-0>
- Pham, M. N., Shackelford, T. K., y Sela, Y. (2013). Women's oral sex behaviors and risk of partner infidelity. *Personality and Individual Differences*, 55(4), 446–449. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.008>
- Powers, R. A., y Kaukinen, C. E. (2020). Gender differences in the relationship between sexual activity and dating violence: The role of satisfaction, jealousy, and self-control. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260520983274>
- Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la Real Academia Española* (23ª). <https://dle.rae.es>
- Rodriguez, L. M., DiBello, A. M., y Neighbors, C. (2015). Positive and negative jealousy in the association between problem drinking and IPV perpetration. *Journal of Family Violence*, 8(30), 70–78.
- Schmitt, D. P. (2014). On the proper functions of human mate preference adaptations: Comment on Eastwick, Luchies, Finkel, and Hunt. *Psychological Bulletin*, 140*(3), 666–672. <https://doi.org/10.1037/a0036225>
- Séguin, L. J., y Blais, M. (2021). The development and validation of the Orgasm Beliefs Inventory. *Archives of Sexual Behavior*, 50(6), 2543–2561. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01911-2>
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). PRISMA declaration: A proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Medicina Clinica*, 135(11), 507–511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Welling, L. L. M., Puts, D. A., Roberts, S. C., Little, A. C., y Burriss, R. P. (2012). Hormonal contraceptive use and mate retention behavior in women and their male partners. *Hormones and Behavior*, 61(1), 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2011.10.011>
- White, G. L. (1993). Inducing jealousy: A power perspective. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 503(1), 122–136.
- Zandbergen, D. L., y Brown, S. G. (2015). Culture and gender differences in romantic jealousy. *Personality and Individual Differences*, 72, 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.035>

Artículo

Eficacia de la Aplicación de un Protocolo Transdiagnóstico de Salud Mental para Jóvenes Basado en Telemedicina

Pilar de-la-Higuera-Gonzalez^{1,2} , Priscila Bueno-Aguilar³ , Teresa Cubillo-Estívariz³ ,
Rocío Paños-Babin³ , Elisa Pueyo-Aznar³ , Alba Mengual-Quero³ , Blanca Linares-Santamaría³ ,
Alba Senén-Gismero³ , Julia Colás-Maderuelo³ , Sofía Navamuel-Hazas³ ,
María Gamero-Ledo³ , Alejandro de la Torre-Luque^{4,5} 

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid (UCM) (España)

²Fundación para la Investigación Biomédica HCSC. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid (España)

³Fundación Fad Juventud (España)

⁴Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid (UCM) (España)

⁵Centro para la Investigación Biomédica en Red para la Salud Mental (CIBERSAM ISCIII), Madrid (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 25/03/2025

Aceptado: 05/09/2025

Palabras clave:

Intervención

Breve

Online

Sintomatología

Regulación emocional

Resolución de problemas

Ideación suicida

RESUMEN

Objetivos: La Fundación Fad Juventud y la Universidad Complutense de Madrid desarrollaron una intervención breve mediante telepsicología para jóvenes. Este estudio analizó su eficacia. **Método:** Se evaluó sintomatología ansiosa, depresiva y estrés, habilidades de regulación emocional y resolución de problemas, consumo de alcohol, cannabis y tabaco e ideación suicida pre y postratamiento. La intervención consistió en la aplicación de cinco módulos estructurados. Se estudiaron diferencias entre pre y postratamiento mediante pruebas *t* de Student o rangos de Wilcoxon, puntuaciones de cambio y predictores de cambio mediante modelos de regresión lineal. **Resultados:** Participaron 41 personas (78,57% mujeres; $M_{edad} = 23,66$ años, $DE = 3,88$; $M_{sesiones\ realizadas} = 6,33$, $DE = 1,1$), encontrándose diferencias estadísticamente significativas, excepto en consumo y estilo impulsivo/desatento (resolución de problemas). Las puntuaciones de cambio reflejaron mayor sintomatología depresiva en participantes con puntuaciones clínicas en pretratamiento, y decremento en sintomatología ansiosa, estrés e ideación suicida. **Conclusiones:** Los resultados sugieren eficacia de la intervención sobre sintomatología ansiosa, estrés, habilidades de regulación emocional, resolución de problemas e ideación suicida.

Efficacy of the Application of a Youth Transdiagnostic Mental-Health Protocol Based on Telemedicine

ABSTRACT

Objectives: Fad Juventud Foundation and Complutense University of Madrid developed a brief intervention through telepsychology for young people. This study analysed its efficacy. **Method:** Anxious and depressive symptomatology, stress levels, emotional regulation and problem solving skills; alcohol,

Citar como: de-la-Higuera-Gonzalez, P., Bueno-Aguilar, P., Cubillo-Estívariz, T., Paños-Babin, R., Pueyo-Aznar, E., Mengual-Quero, A., Linares-Santamaría, B., Senén-Gismero, A., Colás-Maderuelo, J., Navamuel-Hazas, S., Gamero-Ledo, M. y de la Torre-Luque, A. (2025). Eficacia de la aplicación de un protocolo transdiagnóstico de salud mental para jóvenes basado en telemedicina. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 74-85. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.44974>

Autor y e-mail de correspondencia: Pilar de-la-Higuera-Gonzalez, pdelahig@ucm.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Keywords:

Intervention
Brief
Emotional regulation
Problem solving
Suicidal ideation
Symptomatology
Online

cannabis and tobacco consumption; and suicidal ideation were assessed pre- and post-treatment. The intervention was conform by five structured modules. Differences pre-treatment and post-treatment were analysed using Student's *t* or Wilcoxon rank-sum test; change scores and change predictors by lineal regression models. **Results:** 41 persons participated in the whole intervention (78.57% women; $M_{age} = 23.66$ years, $SD = 3.88$; $M_{sessions\ attended} = 6.33$, $SD = 1.1$). Statistical significative differences were found, except consumption and impulsive/inattentive style (problem solving). Change scores showed a depressive symptomatology increasement in participants with clinical pre-treatment scores, and a decrease in anxious symptomatology, stress and suicidal ideation. **Conclusions:** Results suggest efficacy of the intervention on anxious symptomatology, stress, emotional regulation skills, problem solving and suicidal ideation.

Introducción

Los problemas de salud mental aumentaron durante la pandemia de COVID-19, incrementándose la prevalencia y agravamiento de ansiedad, conflictos interpersonales, depresión, estrés, ideación suicida, insomnio, sentimientos de soledad, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2020a; Goldberg et al., 2022; González-Sanguino et al., 2021; Meda et al., 2021; Monistrol-Mula et al., 2022; Organización Mundial de la Salud 2022; Temple et al., 2022; Xiong et al., 2020).

El aumento de estas problemáticas generó la necesidad de desarrollar programas de intervención que permitieran atender las demandas crecientes a través de su aplicación online (American Psychiatric Association, 2020b). La telepsicología se situó como una vía de tratamiento efectiva en el contexto de distanciamiento social (González-Peña et al., 2017), situándose como opción generalizada de tratamiento psicológico a nivel mundial (American Psychiatric Association, 2020a) y siendo un recurso ampliamente utilizado por los profesionales por las posibilidades versátiles de atención que ofrece (González-Peña et al., 2017).

La telepsicología consiste en una intervención psicológica a distancia por contacto virtual entre usuario y profesional mediante videoconferencia, chats o llamadas, recibiendo *feedback* instantáneo o demorado, según características de la intervención y del dispositivo de realización (Barak et al., 2009). Actualmente constituye una modalidad de atención, evaluación, tratamiento clínico y seguimiento (Hull et al., 2020; Rojas et al., 2020; Seidel y Kilgus, 2014; Singh et al. 2021), con eficacia (Andersson et al., 2016; Andersson et al., 2019; Barak et al., 2008; Cuijpers et al., 2017; Hyler et al., 2005; Lin et al., 2022) y adherencia terapéutica (Linn et al., 2011) similares a la atención presencial. Los resultados de intervenciones telepsicológicas con cribado, evaluación, diagnóstico y tratamiento se han mostrado similares a los obtenidos mediante protocolos presenciales (Mavandadi et al., 2015; Rojas et al., 2020; Wagner et al., 2016).

Asimismo, protocolos de evaluación y diagnóstico son particularmente bienvenidos en poblaciones que han crecido con dispositivos móviles e internet, como la población joven (Wagner et al., 2016), mostrando preferencia por el uso de protocolos de cribado, diagnóstico y tratamiento clínico mediante teleasistencia, dada la comodidad, intimidad y aplicabilidad a la vida diaria que ofrecen (Barak et al., 2009; de la Torre y Pardo, 2018).

En la población joven, la principal demanda de Protocolos de intervención *online* debe centrarse en cubrir los problemas

psicopatológicos más prevalentes: trastornos emocionales, conducta suicida y consumo de sustancias psicoactivas (de la Torre-Luque et al., 2023a; Swendsen et al., 2012). Asimismo, considerando la alta prevalencia de problemas de salud mental en esta población, la implantación de protocolos transdiagnóstico puede ser una alternativa óptima para atajar los factores agravantes y sintomatología común a un amplio abanico de trastornos mentales, considerando las dimensiones ansiógena y depresiva (Brown y Barlow, 2009) y otras como la regulación emocional o la rumiación (Belloch, 2012).

La Fundación Fad Juventud (en adelante, Fad Juventud) se sitúa como una entidad que ofrece un servicio de orientación y asesoramiento gratuito para jóvenes entre 15 y 29 años que solicitan atención por malestar psicológico. En base a ello, para proporcionar una atención estructurada y adecuada a la problemática que presentan, Fad Juventud y la Universidad Complutense de Madrid desarrollaron un Protocolo breve basado en telemedicina para atender las demandas de salud mental de jóvenes.

Este Protocolo se sustentó en las bases teóricas de la Terapia Cognitivo Conductual (Beck, 1978), e incluyó ejercicios típicos de la Terapia de Aceptación y Compromiso -ACT- (Wilson y Luciano, 2002) así como la consideración transdiagnóstica de la sintomatología objeto de intervención: se contempló la dimensión sufrimiento-placer generada desde el funcionamiento del ser humano como ser verbal, al denominar unos eventos como placenteros y otros como aversivos y, en función de estas relaciones, desarrollando una serie de conductas encaminadas a maximizar el bienestar y a alejarse del dolor y el malestar -evitación experiencial- (Luciano et al., 2006; Wilson y Luciano, 2002), pero alejándola de conductas acciones valiosas y relevantes dirigidas a valores personales (Barraca et al., 2007; Luciano et al., 2004; Luciano et al., 2006; Wilson y Luciano, 2002). Esta conceptualización transdiagnóstica, considerando un patrón de evitación experiencial común en la diferente sintomatología, guió el Protocolo, así como sus objetivos, dirigiéndolos hacia los valores personales como principales reforzadores de la conducta para dotarla de dirección y propósito personal e idiosincrático (Páez-Blarrina et al., 2006). Resultados meta-analíticos sobre la intervención transdiagnóstica en sintomatología ansiógena y depresiva muestran su eficacia en su reducción, apoyando la utilidad de los abordajes transdiagnósticos como alternativa eficaz y efectiva a tratamientos cognitivo-conductuales tradicionales (Carlucci et al., 2021; García-Escalera et al., 2017).

Este trabajo pretende describir el Protocolo aplicado en los usuarios de Fad Juventud, y estudiar su eficacia en la disminución de síntomas y adquisición de habilidades.

Método

Participantes

Los participantes fueron adultos jóvenes que contactaron voluntariamente con Fad Juventud. Fad Juventud ofreció la posibilidad de participar en este programa, tras la realización de una entrevista personal de su demanda.

Como criterios de inclusión 1) los participantes tenían que ser mayores de edad; 2) disponer de un dispositivo electrónico con cámara y conexión a internet para la realización de las sesiones; y 3) firmar el Consentimiento Informado.

Los criterios de exclusión fueron: 1) informar los propios participantes de estar diagnosticados con un diagnóstico psiquiátrico; 2) presentar conducta autolítica intensa (informar de que se iba a iniciar un intento suicida de forma inminente o se estaba ejecutando uno), según evaluación de las profesionales de Fad Juventud en la entrevista personal. En este caso, los participantes fueron derivados a un dispositivo de salud mental más intensivo y adecuado a sus necesidades.

Instrumentos

Todos los participantes fueron evaluados mediante una batería de test psicológicos realizada antes de comenzar el Protocolo (cribado y pretratamiento) y después de finalizar el Protocolo (postratamiento). Los instrumentos utilizados para evaluar cada variable fueron los siguientes:

- **Sintomatología ansiógena y depresiva.** Para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión se utilizó la adaptación al castellano de [Herrero et al. \(2003\)](#) de la “Hospital anxiety and depression scale” (HADS) de [Zigmond y Snaith \(1983\)](#). Instrumento autoaplicado de 14 ítems en escala likert de cuatro puntos, conformado por una escala de depresión y otra de ansiedad con siete ítems cada una. En su validación al castellano, su consistencia interna fue alta, alfa de Cronbach 0,90 para la escala completa, 0,84 para la subescala de depresión y 0,85 para la subescala de ansiedad.
- **Nivel de estrés.** Para evaluar el nivel de estrés, se utilizó la versión corta adaptada al castellano por [Remor \(2006\)](#) de la “Perceived Stress Scale” (PSS) de [Cohen et al. \(1983\)](#), instrumento autoaplicado de 10 ítems de escala likert de cinco puntos. Su validación al castellano muestra una adecuada consistencia, con un alfa de Cronbach de 0,82.
- **Habilidades de regulación emocional.** Para evaluar esta variable se utilizó la adaptación al castellano de [Gómez-Simón et al., \(2014\)](#) de la “Difficulties in Emotion Regulation Scale” (DERS) de [Gratz y Roemer \(2004\)](#). Este instrumento autoaplicado consta de 36 ítems de escala likert de cinco puntos y su estructura se basa en las siguientes escalas: “Falta de conocimiento emocional”, “Dificultad en controlar conductas impulsivas en momentos de angustia”, “No aceptación de las respuestas emocionales negativas”, “Dificultades en involucrarse en comportamientos dirigidos a objetivos en momentos de angustia”, “Falta de claridad emocional” y “Acceso limitado a estrategias de regulación efectivas”. En la validación al castellano, la escala muestra una adecuada consistencia interna para la escala total

(alfa de Cronbach de 0,88) así como para todas las escalas (0,62; 0,81; 0,84; 0,80; 0,71 y 0,73 correspondientemente).

- **Habilidades de solución de problemas.** Las habilidades para la resolución de problemas fueron evaluadas mediante la versión corta autoaplicada de 25 ítems en escala likert de cinco puntos de la adaptación española de [Maydeu-Olivares et al. \(2000\)](#) de la “Social Problem-Solving Inventory-Revised” (SPSI-R) de [D’Zurilla y Nezu \(1990\)](#), versión corta de [D’Zurilla et al. \(2002\)](#). Este instrumento consta de cinco factores, las escalas: “Orientación positiva hacia el problema”, “Orientación negativa hacia el problema”, “Solución racional del problema”, “Estilo impulsivo/desatento” y “Estilo evitativo”. La validación española muestra adecuada consistencia interna, con alfa de Cronbach de 0,68; 0,79; 0,78; 0,79 y 0,83 para cada una de las escalas (correspondientemente).
- **Consumo de alcohol.** Para evaluar el consumo de alcohol se utilizó el instrumento de screening autoaplicado adaptado al español de [Contel Guillelámón et al. \(1999\)](#) del “Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT) de [Saunders et al. \(1993\)](#). Este es un instrumento autoaplicado de 10 ítems en formato likert de cinco puntos. La validación al castellano muestra una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,88.
- **Consumo de cannabis.** Se utilizó un instrumento de *screening* autoaplicado de seis ítems en formato likert de cinco puntos: la adaptación española de Cuenca-Royo (2012) del “Cannabis Abuse Screening Test” (CAST) de [Legleye et al. \(2007\)](#). Este instrumento tiene una adecuada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,82.
- **Consumo de tabaco.** El consumo de tabaco se evaluó mediante un instrumento que evalúa la dependencia a la nicotina, la adaptación española de [Becona y Vázquez \(1998\)](#) del “Fagerstrom Test for Nicotine Dependence” (FTND) de [Heatherton et al. \(1991\)](#). Este instrumento cuenta con ocho ítems con diferentes tipos de respuesta: seis mediante respuesta dicotómica (sí/no), y dos de escala likert de cuatro y cinco puntos. La consistencia interna de la validación española es adecuada, con un alfa de Cronbach de 0,66.
- **Ideación suicida.** La ideación suicida fue evaluada mediante la adaptación española de [Fonseca-Pedrero et al. \(2018\)](#) de la “Paykel Suicide Scale” (Paykel) de [Paykel et al. \(1974\)](#), que evalúa de forma dicotómica pensamientos de muerte (ítems 1 y 2), ideación (ítems 3 y 4) e intentos de suicidio (ítem 5). La validación española muestra una excelente consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,93.

Procedimiento

Este Protocolo se diseñó en cuatro fases, tres de evaluación (cribado, pretratamiento y postratamiento) y una de intervención. La relación sintética de las fases y contenidos se presenta en la [Tabla 1](#).

La fase de cribado estaba constituida por dos procesos: entrevista personal realizada por las profesionales de Fad Juventud para examinar la demanda presentada y posibles diagnósticos psiquiátricos, y una evaluación psicométrica de cribado. En base a ambos, las profesionales de la Fad Juventud valoraban si era adecuada la participación o no de cada participante, considerando si se cumplían criterios de inclusión y no se daban criterios de exclusión.

Una vez que se valoraba como pertinente la participación de los interesados, estos, los usuarios finales del mismo, realizaron una evaluación pretratamiento, previa al inicio de la intervención.

Posteriormente, la intervención consistió en sesiones telemáticas estructuradas de 55-60 minutos desarrolladas por profesionales de Fad Juventud. La estructura de la intervención consideró en primer lugar la realización de cuatro módulos comunes a todas las intervenciones realizadas: Módulo 1 Introductorio para introducir las bases teóricas de la intervención; Módulo 2 para el abordaje del estado de ánimo deprimido y triste; Módulo 3 para intervenir en los Síntomas ansiosos y Módulo 4 para incrementar la Regulación emocional. En base a los resultados de la evaluación de cribado realizada, se aplicaba otro módulo en función de las necesidades presentadas por cada participante: Módulo 5 para intervenir en Conflictos y problemas interpersonales o Módulo 6, para abordar la Conducta Suicida, el cual, si se detectaba ideación suicida en la evaluación de cribado, era el primero en aplicarse.

Todos los módulos se articulaban de forma uniforme. Primero, planteaban las bases teóricas que los sustentaban (ver [Tabla 2](#)).

Tabla 1
Relación de Fases, Contenido y Participantes en Cada una

Fase	Contenido	Participantes
Fase 0. evaluación de cribado	Entrevista personal. Evaluación psicométrica de variables: sintomatología ansiógena y depresiva y nivel de estrés.	Personas interesadas en participar en el Protocolo.
Fase 1. Evaluación pretratamiento	Evaluación psicométrica de variables: habilidades de regulación emocional y resolución de problemas, consumo de alcohol, tabaco y cannabis e ideación suicida.	Usuarios del Protocolo.
Fase 2. Intervención	Aplicación de cinco módulos (Módulos 1, 2, 3, 4 y 5 o Módulos 1, 2, 3, 4 y 6, según necesidades de cada usuario)	Usuarios del Protocolo.
Fase 3. Evaluación postratamiento	Evaluación psicométrica de variables: sintomatología ansiógena y depresiva, nivel de estrés, habilidades de regulación emocional y resolución de problemas, consumo de alcohol, tabaco y cannabis e ideación suicida.	Usuarios que realizaron y finalizaron los módulos del Protocolo.

Tabla 2
Relación de Módulos y sus Bases Teóricas

Módulo	Base teórica
Módulo 1	Valores como marco de comportamiento (Páez-Blarrina et al., 2006). Alianza como componente esencial de la terapia (Norcross et al., 2002).
Módulo 2	Síntomas depresivos como reflejo de patrón de evitación experiencial (Barraca, 2007 ; Luciano et al., 2004).
Módulo 3	Ansiedad en triple sistema de respuesta (Sandin et al., 2020a).
Módulo 4	Regulación emocional como conjunto de procesos adaptativos cambiantes como reacción a eventos (Etkin et al., 2015 ; Gross y Thompson, 2007 ; Zeman et al., 2006). Desregulación emocional como base del sufrimiento mental (Batten et al., 2005 ; Cludius et al., 2020 ; Linehan y Wilks, 2015 ; Sheppes et al., 2015).
Módulo 5	Derechos humanos como base de igualdad moral (Caballo, 1993). Entrenamiento en habilidades sociales (Caballo e Iruñia, 2014). Relaciones interpersonales adaptativas (Curran, 1985 ; Méndez et al., 2014b).
Módulo 6	Continuo de ideación suicida (de la Torre-Luque et al., 2023b ; O'Connor y Kirtley, 2018 ; Pemau et al., 2022).

Posteriormente, desarrollaban sus objetivos de aplicación (ver [Tabla 3](#)). En general, estos se centraban en modificar la conducta paradójica de eliminación del malestar evitando constantemente los eventos desagradables que aleja a la persona de sus objetivos, fomentando conductas más adaptativas para cada usuario según sus valores personales ([Luciano et al., 2006](#)).

Para realizar la intervención, todos los módulos incluían indicaciones para iniciarlos y recomendaciones para estructurarlos temporalmente. Asimismo, todos desarrollaban los contenidos técnicos a aplicar, recogiendo técnicas y tareas específicas para que las profesionales guiaran a la persona mediante actividades y

Tabla 3
Relación de Módulos y sus Objetivos

Módulo	Objetivos
Módulo 1	Situar al individuo como agente de su conducta. Establecer alianza terapéutica estable y productiva (acuerdo en objetivos del tratamiento y tareas y que genere un vínculo positivo; Bordin et al., 1979). Explicitar papel activo del individuo en el tratamiento. Clarificar valores personales. Evidenciar ruptura entre eventos privados y acciones valiosas.
Módulo 2	Proporcionar información suficiente al usuario sobre la dinámica de sintomatología depresiva presentada. Despertar en el individuo la idea de que quizá el problema pueda ser lo que se hace con el problema (conductas de control del problema, ej. evitación). Proporcionar protocolo de análisis de las propias conductas, para comprobar si se desarrollan en línea con las direcciones valiosas del individuo. Proveer al individuo de planificación adecuada de desarrollo de actividades agradables, sustituyendo actividades disfuncionales o desadaptativas (ej. evitación).
Módulo 3	Identificar sensaciones fisiológicas de ansiedad. Reducir niveles de activación. Conceptualizar preocupaciones como intentos de solución ineficaces. Utilizar una herramienta breve que frene las preocupaciones como intento de solución. Concretar acciones encaminadas a los valores personales. Potenciar trayectorias sustentadas por reforzamiento positivo (metas alineadas con valores) y no reforzamiento negativo (alivio del malestar).
Módulo 4	Proporcionar información sobre la experiencia y regulación emocionales. Proveer al individuo de herramientas para detectar el estado emocional que genera conductas impulsivas. Identificar conductas impulsivas. Promover compromiso para sustituir estrategias de regulación emocional desadaptativas por otras más adaptativas.
Módulo 5	Identificar conductas problema y patrones relacionales disfuncionales. Distinguir respuestas asertivas, no asertivas y agresivas. Generar habilidades de resolución de problemas para mejor manejo de problemas. Implementar técnicas específicas para mejor comunicación interpersonal. Prevenir recaídas.
Módulo 6	Establecer red de apoyo mínima para prevenir la aparición de crisis suicida (plan de seguridad). Proporcionar información sólida y entendible del riesgo suicida, su relación con la experiencia y regulación emocionales. Concienciar sobre las señales de alarma que hacen caer al individuo en la espiral suicida. Promover compromiso de prevenir la conducta suicida usando estrategias de regulación emocional adaptativas.

ejercicios sobre el área de trabajo correspondiente (ver [Tabla 4](#)). Además, todos los módulos describían tareas para casa para el usuario para realizar fuera de las sesiones (ver [Tabla 5](#)).

Una vez finalizada la aplicación del Protocolo, se realizó la evaluación posterior a la intervención para evaluar los niveles de sintomatología (evaluación postratamiento).

Por último, los participantes realizaron una encuesta online anónima en la que fueron preguntados acerca de su satisfacción general con el Protocolo y profesionales de Fad Juventud, valoración de mejora en comparación con su estado al inicio, mejora de conocimientos sobre regulación emocional, aplicabilidad en su vida diaria y duración.

El Protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínico San Carlos (23/517-E). Fue aplicado íntegramente por profesionales de Fad Juventud durante los años 2023 y 2024 en formato online mediante videoconferencia en directo entre las profesionales de Fad Juventud y el usuario. Todos los usuarios firmaron el correspondiente Consentimiento Informado para participar en el Protocolo.

Análisis de Datos

Una vez finalizada su aplicación, se realizó un estudio de la eficacia de la intervención en los participantes que asistieron a las sesiones del Protocolo completo: realización de la evaluación de cribado, evaluación pretratamiento, intervención y evaluación postratamiento. Para ello, se consideraron las características personales proporcionadas por Fad Juventud: sociodemográficas (edad, sexo biológico), asistenciales (recibir terapia paralela, derivación a otro recurso) y puntuaciones obtenidas en las evaluaciones.

Se utilizaron medias y desviaciones típicas para describir las variables cuantitativas, y frecuencia de casos para las cualitativas. Las diferencias entre las puntuaciones pre y postratamiento se estudiaron mediante pruebas *t* para dos muestras relacionadas y se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen (0,2 efecto pequeño; 0,5 mediano; > 0,8 grande) si se pudo asumir normalidad. Si no se pudo asumir normalidad, se realizaron diferencias de medias no paramétricas mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon calculando el estadístico estandarizado *Z* y el tamaño del efecto mediante el estadístico *r* de Pearson (10 efecto pequeño; 30 mediano; > ,50 grande).

Posteriormente, se estudiaron las puntuaciones de cambio, restando la puntuación postratamiento a la puntuación del cribado o pretratamiento. Se interpretaron según su signo: si tenían signo positivo, se consideraba que en el postratamiento hubo ganancia de síntomas y si tenían signo negativo, representaba una reducción de síntomas postratamiento. También se investigó si los cambios en variables clínicas (síntomas de depresión y ansiedad, nivel de estrés e ideación suicida) se relacionaban con variables del propio usuario (sexo biológico y edad) y de la intervención (sesiones a las que se asistió) mediante modelos de análisis de regresión lineal. Se usó el índice de información de Akaike (*Akaike information criterion*, AIC) para estudiar si el modelo con los predictores explicaba mayor parte de la varianza de la variable dependiente que el modelo nulo. El modelo con menor valor del AIC sería el que aportase mayor explicación de la varianza de la variable dependiente. Previamente, se comprobaron los supuestos de aplicación de la regresión lineal (normalidad de los residuos, independencia de

Tabla 4

Relación de Módulos y sus Contenidos (Técnicas y Tareas Propuestas)

Módulo	Contenidos
Módulo 1	Acogida. Métrofa de los dos escaladores (Wilson y Luciano, 2002). Enquadre terapéutico (explicación de intervenciones, naturaleza y limitaciones de la intervención). Exploración de valores en las diferentes áreas de la vida del individuo (Páez-Blarrina et al., 2006). Métrofa del jardín (Wilson y Luciano, 2002). Identificación de obstáculos para llevar vida alineada con valores. Aceptación de eventos privados desagradables como parte de la experiencia. Señalización de resultados improductivos por evitar eventos privados desagradables (no evitación de malestar y alejamiento de valores).
Módulo 2	Revisión tareas para casa. Métrofa mensajero emocional. Psicoeducación tristeza, trastorno de depresión y síntomas, patrón pensamiento-desesperanza-evitación y relación pensamiento-emoción-conducta (American Psychiatric Association, 2022 ; Barlow, 2002 ; Beck, 2005). Identificación relación pensamiento-emoción-conducta y conducta como elemento rompedor del círculo (Beck, 2005). Psicoeducación evitación como estrategia rígida poco adaptativa para regular emociones: identificación otras estrategias de regulación emocional, reflexión sobre aspectos positivos, negativos y grado de adaptación de cada estrategia. Métrofa del hombre en campo de hoyos (Wilson y Luciano, 2002).
Módulo 3	Revisión tareas para casa. Psicoeducación síntomas de ansiedad. Psicoeducación ansiedad cognitiva como intento infructuoso de solución del problema y estrategia evitativa que conlleva otros problemas (Borkovec e Inz, 1990 ; Luciano et al., 2006 ; Meyer et al., 1990 ; Sandín et al., 2020b). Entrenamiento del control de activación: respiración diafragmática y relajación muscular como estrategias de regulación fisiológica (Labrador et al., 2014). Parada del pensamiento (Labrador et al., 2014). Concreción acciones específicas para alcanzar metas alineadas a valores personales.
Módulo 4	Revisión tareas para casa. Psicoeducación emociones y regulación emocional (American Psychiatric Association, 2022 ; Barlow, 2002 ; Gross y Thompson, 2007 ; Hayes et al., 2012 ; Meaney et al., 2016). Semáforo emocional, debate sobre estrategias de regulación emocional y generación de plan conductual para momentos de malestar de intensidad media. Defusión cognitiva. Métrofa del jinete (Wilson y Luciano, 2002).
Módulo 5	Revisión tareas para casa. Psicoeducación estilos de comunicación (Caballo, 1993). Técnicas de resolución de problemas (Méndez et al., 2014a ; D'Zurilla et al., 2004). Ensayos conductuales para implementar habilidades sociales (Caballo e Iruña, 2014). Técnicas específicas: decir no, hacer/rechazar peticiones, habilidades de expresión sobre deseos, emociones desagradables, problemas (Costa y Serrat, 1982).
Módulo 6	Revisión tareas para casa. Desarrollo plan de seguridad (Stanley y Brown, 2012). Psicoeducación conducta suicida como estrategia regulación emocional desadaptativa (American Psychiatric Association, 2022 ; Barlow, 2002 ; Ducasse et al., 2015 ; Kahn et al., 2020 ; Linehan y Wilks, 2015 ; O'Connor y Kirtley, 2018 ; Wilson y Luciano, 2002). Métrofa del autobús (Wilson y Luciano, 2002). Evaluación planificación e historia de conducta suicida. Psicoeducación señales de alarma asociadas a conducta suicida. Defusión cognitiva, generación alternativas conductuales ante ideación suicida y negociación de conductas a realizar.

Tabla 5
Relación de Módulos y sus Tareas Para Casa

Módulo	Tareas para casa
Módulo 1	Identificación metas a medio y largo plazo en áreas vitales importantes y obstáculos para consecución.
Módulo 2	Activación conductual (identificación actividades placenteras, adaptadas a situación y capacidad personal).
Módulo 3	Profundizar en acciones específicas para alcanzar metas: reflexión sobre importancia de dirección valiosa y satisfacción con acciones encaminadas a conseguirla.
Módulo 4	Semáforo emocional y registro conductual.
Módulo 5	Psicoeducación recaídas (Wilson y Luciano, 2002), prevención y manejo.
Módulo 6	Psicoeducación recaídas (Wilson y Luciano, 2002), prevención y manejo.

errores, homocedasticidad de la varianza de los residuos y ausencia de multicolinealidad entre predictores). Por último, se describió la satisfacción con el Protocolo mediante las media de las respuestas de los participantes.

Todos los análisis se realizaron mediante el software R 4.4. para Windows (R Core Team, 2024), y para el cálculo de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon y su tamaño del efecto se utilizó el paquete Coin (Hothorn et al., 2006).

Resultados

166 personas realizaron la evaluación de cribado (edad media = 23,95 años; $DE = 8,12$; 75 % mujeres; 26,19 % tenían terapia paralela; 5 % fueron derivadas); 71 la evaluación pretratamiento (edad media = 23,75; $DE = 4,13$; 77,05 % mujeres; 27,87 % tenían terapia paralela); y 69 alguna sesión del Protocolo (edad media = 23,29; $DE = 4,18$; 72,46 % mujeres; 27,54 % tenían terapia paralela), de las cuales dos no terminaron el tratamiento (2,90 %) y 67 sí lo terminaron (97,10 %). Sin embargo, dado que 41 personas (61,19 %) realizaron todas las evaluaciones y finalizaron el tratamiento, se estudia en ellas la eficacia del mismo.

La muestra que completó todas las fases del protocolo estaba conformada por nueve hombres (21,43 %) y 33 mujeres (78,57 %). 30 personas no tenían terapia paralela (71,43 %), y 12 sí (28,57 %). Ninguna persona fue derivada (0 %). Su edad media fue 23,66 años ($DE = 3,88$), edad mínima 17 años y máxima 29. Realizaron una media de 6,33 sesiones ($DE = 1,1$), realizando un mínimo de una sesión y máximo de ocho.

Diferenciando por sexos, la edad media de las mujeres fue 23,94 ($DE = 3,91$), realizaron una media de 6,21 sesiones (mínimo una sesión, máximo ocho). La edad media de los hombres fue 22,5 ($DE = 3,74$), realizaron una media de 6,78 sesiones, (mínimo seis sesiones, máximo ocho).

Las puntuaciones medias obtenidas en cada variable, diferencias en puntuaciones pretratamiento y postratamiento y el tamaño del efecto de las comparaciones estadísticamente significativas se recogen en la Tabla 6.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad, depresión y nivel de estrés pretratamiento y postratamiento. Los síntomas de ansiedad y el nivel de estrés disminuyeron, reduciéndose en un 85 % de los participantes ($n = 34$).

Tabla 6
Puntuaciones Obtenidas y Comparaciones Pre y Postratamiento

Variable	M-Pre	DE-Pre	M-Post	DE-Post	Estadístico	Tamaño efecto
Síntomas ansiedad	11,90	3,27	9,33	3,00	$Z = 4,40$ $p < ,001$	$r = 0,73^{***}$
Síntomas depresión	11,35	2,82	13,33	1,97	$t = -4,74$; $gl = 39$; $p < ,001$	$d = -0,75^{**}$; $IC = [-1,10, -0,39]$
Nivel de estrés	24,23	4,18	18,64	4,30	$t = 7,86$; $gl = 39$; $p < ,001$	$d = 1,24^{***}$; $IC = [0,82, 1,65]$
Regulación emocional						
Acceso limitado	19,83	5,58	16,33	6,60	$Z = 3,17$; $p < ,001$	$r = 0,51^{***}$
Falta conocimiento	17,60	4,66	15,17	4,29	$Z = 3,01$; $p < ,001$	$r = 0,49^{**}$
Dificultad control	16,68	5,45	13,48	5,62	$Z = 3,65$; $p < ,001$	$r = 0,62^{***}$
No aceptación	21,15	7,36	16,74	7,14	$Z = 4,02$; $p < ,001$	$r = 0,64^{***}$
Dificultades involucración	17,23	4,42	14,76	4,88	$Z = 3,42$; $p < ,001$	$r = 0,60^{***}$
Falta claridad	14,45	4,01	11,98	4,34	$Z = 3,21$; $p < ,001$	$r = 0,56^{***}$
Solución de problemas						
Orientación positiva	9,05	3,23	11,10	3,64	$Z = -3,61$; $p < ,001$	$r = -0,58^{***}$
Orientación negativa	11,48	4,54	8,71	4,75	$Z = 3,70$; $p < ,001$	$r = 0,62^{***}$
Solución racional	10,30	4,03	11,33	4,02	$t = -1,94$; $gl = 39$; $p < ,05$	$d = -0,26^{*}$; $IC = [-0,69, 0,18]$
Estilo impulsivo	4,68	4,14	4,57	4,41	$Z = -0,27$; $p = ,79$	
Estilo evitativo	6,93	5,24	5,26	4,80	$Z = 2,38$; $p < ,05$	$r = 0,39^{**}$
Consumo alcohol	3,76	3,27	4,13	3,70	$Z = 1,13$; $p = ,26$	
Consumo cannabis	6,00	6,32	1,25	2,50	$Z = 1,39$; $p = ,17$	
Consumo tabaco	1,71	2,75	1,83	2,79	$Z = 0,00$; $p = 1$	
Ideación suicida	1,92	1,83	0,93	1,35	$Z = 3,55$; $p < ,001$	$r = 0,72^{***}$

Nota: M-Pre = Puntuación media pretratamiento; DE-Pre = Desviación estándar pretratamiento; M-Post = Puntuación media postratamiento; DE-Post = Desviación estándar postratamiento; Z = estadístico Z estandarizado en prueba de rangos con signo de Wilcoxon; r = estadístico r de Pearson; t = estadístico prueba t Student; gl = grados libertad asociados a prueba t; d = estadístico d de Cohen; IC = intervalo de confianza al 95%; * = tamaño efecto pequeño; ** = tamaño efecto moderado; *** = tamaño efecto grande.

Los síntomas de depresión aumentaron, aunque se redujeron en un 35 % de los participantes ($n = 14$). Se observan diferencias entre los usuarios que disminuyeron la sintomatología depresiva ($M = -3,53$ síntomas, $DE = 2,78$), con los que la mantuvieron o aumentaron ($M = 1,67$ síntomas, $DE = 1,03$). Los usuarios que no redujeron síntomas de depresión postratamiento mostraron niveles de síntomas de depresión significativamente mayores en el cribado que los que sí redujeron síntomas (no redujeron síntomas: $M = 13,43$ síntomas, $DE = 2,59$; sí redujeron síntomas

$M = 10,23$ síntomas, $DE = 2,27$; $t(23,81) = 3,88$, $p < ,01$). El 92,86 % de usuarios que no disminuyeron los síntomas de depresión mostraba un nivel de síntomas de 11 o más (puntuaciones clínicas), mientras que el 50 % de aquellos que disminuyeron sus síntomas de depresión, presentaban unos niveles clínicos de depresión en el cribado. Dichas proporciones de casos fueron significativamente distintas, $\chi^2(1) = 5,58$, $p < ,02$. Aquellos usuarios que partían de puntuaciones clínicas de depresión en el cribado (iguales o superiores a 11) mostraban mismos niveles de síntomas postratamiento o incremento de la sintomatología (algunos casos, incremento de hasta seis puntos), siendo el valor medio de la distribución 4,5 síntomas. Sin embargo, en usuarios con puntuación no clínica en el cribado, el rango iba desde -3 síntomas en el postratamiento hasta 5, observándose que en la mitad de los usuarios solo se alcanzaba el valor de 0,5.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de todas las subescalas de regulación emocional, mostrándose menores dificultades en la regulación emocional tras la intervención.

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas de solución de problemas, a excepción del estilo impulsivo/desatento. Se observó un aumento de puntuaciones en la subescala de orientación positiva hacia el problema y utilización de estrategias de solución racional, y una disminución de las puntuaciones en la orientación negativa hacia el problema, estilo impulsivo y evitativo en la resolución de problemas.

Las puntuaciones medias de alcohol y tabaco aumentaron postratamiento, mientras en consumo de cannabis disminuyeron, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Por último, las puntuaciones en ideación suicida pre y postratamiento fueron significativamente diferentes, menores tras la intervención.

Dado que algunos participantes estaban recibiendo terapia psicológica paralela, se aplicó el test U de Mann-Whitney (dados los bajos tamaños muestrales) para comparar las puntuaciones postratamiento de los participantes. Solo se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el estilo impulsivo de resolución de problemas, $W = 98$, $p = ,02$, con puntuaciones mayores de uso de este estilo en los participantes sin intervención psicológica paralela ($M = 5,37$, $DT = 4,57$), en comparación con los que tenían ($M = 2,58$, $DE = 3,34$). Para el estudio de los cambios pre y postratamiento en esta variable, se realizó el análisis de la covarianza controlando por tener o no intervención psicológica paralela, observándose ausencia de efecto del momento temporal ($F(1, 100) = 1,93$, $p = ,17$).

Posteriormente, se llevaron a cabo modelos de regresión para explicar los cambios en las puntuaciones de las variables clínicas. El análisis de supuestos confirmó la satisfacción de las condiciones de aplicación de la regresión lineal, al observarse ausencia de autocorrelación entre los errores (test de Durbin-Watson con valores entre $DW = 1,56$, $p = ,16$, para puntuaciones de cambio en ansiedad; $DW = 1,92$, $p = ,82$, en ideación suicida), normalidad de los residuos de la variable dependiente (test de Shapiro-Wilk entre $W = 0,95$, $p = ,08$, para puntuaciones de cambio en depresión; $W = 0,99$, $p = ,94$, en estrés), homocedasticidad de la varianza de los residuos (test de Breusch-Pagan con valores entre $BP = 1,80$, $gl = 3$, $p = ,61$, para puntuaciones de cambio en ansiedad; $BP = 4,59$, $gl = 3$, $p = 0,20$, en ideación suicida) y ausencia de multicolinealidad entre predictores (factor de inflación de la varianza, FIV , entre 1,03, para la edad; y 1,06, para

la variable de sesiones administradas). El análisis de predictores reveló que ninguno de los predictores analizados explicaban los cambios en síntomas de ansiedad de los usuarios (AIC del modelo con predictores = 195,92; AIC del modelo nulo = 194,04), ni la reducción del nivel de estrés (AIC del modelo con predictores = 237,78; AIC del modelo nulo = 209,37). Si se encontró un modelo de regresión significativo para síntomas de depresión (AIC del modelo con predictores = 208,16; AIC del modelo nulo = 209,37) e ideación suicida (AIC del modelo con predictores = 146,54; AIC del modelo nulo = 148,13). En estos casos, el número de sesiones se asoció de forma significativa con menor reducción de síntomas depresivos en el postratamiento, $b = 1,19$, error estándar = 0,94, $t = 2,39$, $p < 0,02$. Ningún predictor resultó significativo para explicar la ideación suicida.

La evaluación de los participantes del Protocolo mostró alta satisfacción con el mismo (92,93 sobre 100); con las profesionales de Fad Juventud (4,98 sobre 5); valoración de mejora en comparación con estado inicial: 4,30 sobre 5; mejora de conocimientos sobre regulación emocional: 4,52 sobre 5; aplicabilidad del Protocolo en la vida diaria: 4,65 sobre 5; y 60,78 % participantes el valoraron Protocolo como corto y 39,13 % adecuado.

Discusión

Este estudio tenía como objetivo describir el Protocolo desarrollado por la Fundación Fad Juventud y la Universidad Complutense de Madrid y estudiar su eficacia para la disminución de síntomas y adquisición de habilidades en los usuarios de Fad Juventud.

El Protocolo parece eficaz en la reducción de los niveles de ansiedad, nivel de estrés, dificultades en la regulación emocional, orientación negativa hacia el problema, estilo evitativo en la resolución de problemas e ideación suicida, aumentando las puntuaciones en orientación positiva hacia el problema y solución racional de problemas. Específicamente, las diferencias estadísticamente significativas pre y postratamiento han mostrado un tamaño del efecto grande en los niveles de ansiedad y estrés, seis subescalas de regulación emocional, orientación positiva y negativa en la resolución de problemas e ideación suicida. Estas diferencias sugieren la eficacia de la intervención para mejorar tales variables de salud mental en jóvenes mediante esta intervención telemática, estructurada y breve. Sin embargo, la aplicación del Protocolo no ha arrojado los mismos resultados positivos en la sintomatología depresiva, consumo ni resolución impulsiva de problemas.

Considerando las variables en las que la aplicación del Protocolo ha generado diferencias significativas, la aplicación de este Protocolo permitiría una consecución de mejoras sintomatológicas y un aumento de las habilidades personales que permitirían a las personas una adaptación más funcional y flexible a sus contextos. Además, su corta duración y accesibilidad, permitirían el acceso potencial de numerosas personas a estos tratamientos, pudiendo generar una mejora de su bienestar. Los resultados son afines a los obtenidos en otros protocolos transdiagnósticos breves en población joven (Dimitropoulos et al., 2023), con tamaños del efecto similares en las diferencias pre y postratamiento en síntomas de ansiedad tras aplicar una intervención transdiagnóstica cognitivo-conductual (García-Escalera et al., 2017), apoyando su eficacia y pertinencia en esta población.

Por otro lado, es necesario considerar el incremento de sintomatología depresiva postratamiento en un porcentaje importante de usuarios, observándose claras diferencias entre los usuarios que disminuyeron la sintomatología depresiva con aquellos que la mantuvieron o aumentaron: los usuarios que no redujeron síntomas de depresión tenían niveles de síntomas mayores en el cribado que los que sí los redujeron. Los usuarios que partían de puntuaciones clínicas de depresión en el cribado mostraron iguales síntomas en el postratamiento o incrementaron la sintomatología, mientras que los usuarios con puntuación no clínica en el cribado mostraron un incremento medio de 0,5 síntomas de depresión. Es por ello, que no se recomienda el uso de este protocolo para jóvenes con niveles moderados o mayores de síntomas depresivos. Sin embargo, en los que disminuyen sintomatología, esta decrece una media de 3,53 síntomas ($DE = 2,78$), pudiendo reflejar un efecto considerable de la intervención en los usuarios en los que funciona, disminuyendo en estos la sintomatología depresiva, aunque otros usuarios aumenten sus síntomas.

A este respecto, se requiere analizar de forma más clara y concienzuda posibles factores relacionados con este incremento de sintomatología depresiva. Es necesario considerar que los usuarios que no redujeron síntomas depresivos fueron los que tenían mayores niveles de síntomas depresivos en línea base; de hecho, más del 90 % de usuarios que no disminuyeron dichos síntomas postratamiento, tenían puntuaciones clínicas en el cribado. Los resultados de los modelos de regresión también siguieron esta tendencia, observando que a mayor número de sesiones asistidas, mayor aumento de síntomas depresivos en estos usuarios. Existen estudios que destacan incrementos de síntomas depresivos en usuarios de tratamiento psicológico (Saunders et al., 2019; Wiles et al., 2013). Estos resultados implicarían la necesidad de fortalecer el módulo específico de síntomas depresivos, cuando estos alcancen una gravedad clínica sustancial. En base a ello, profundizar en factores de personalidad, alianza terapéutica, contexto familiar, etc. podría facilitar una identificación más precisa del perfil de usuario que se beneficiaría de participar en este Protocolo cuando existen síntomas depresivos en niveles clínicos.

El Protocolo tampoco se ha mostrado eficaz en la disminución de conductas relacionadas con el consumo de sustancias ni en la resolución impulsiva de problemas. Ello podría cuestionar la eficacia del Protocolo en el abordaje de la impulsividad. Mayor impulsividad se ha relacionado consistentemente con el consumo de sustancias, situándose como importante factor de riesgo (Koob y Volkow, 2010; Pedrero, 2009; Pérez Fuentes et al., 2015) y como rasgo de personalidad (Eysenck y Eysenck, 1978) que puede generar disfunciones en los circuitos corticoestriales asociados, tanto previos al consumo como inducidos por el consumo de drogas (Dalley et al., 2011).

Considerando estas implicaciones, resulta congruente que el Protocolo no haya mostrado eficacia mediante diferencias pre y postratamiento en las variables relacionadas con la impulsividad considerando su enfoque breve. La terapia dialéctico-conductual (Linehan, 1993) ha mostrado eficacia en la disminución de conductas impulsivas, asociándose mayor duración a mayor reducción de sintomatología externalizante en jóvenes (Jakubovic y Drabick, 2023). También se ha mostrado eficaz interviniendo en abuso de sustancias (Dimeff y Linehan, 2008; Linehan et al., 1999), pero, resultados de meta-análisis han corroborado su efectividad

examinando estudios que realizaron de ocho a 52 sesiones (Haktanir y Callender, 2020). Todo ello puede sugerir que la mejora de las conductas impulsivas requiere de un formato diferente, probablemente más específico, largo y sostenido en el tiempo que el incluido en este Protocolo.

Por último, cabe destacar la alta valoración del Protocolo por parte de los usuarios, enfatizando su buena aceptación según las valoraciones subjetivas de su aplicación, duración, contenido, impacto y metodología, y de su eficacia y efectividad. Asimismo, cabe destacar la continuidad de la asistencia de las personas que comenzaron la intervención, finalizándola el 97,10 % de las personas que realizaron alguna sesión, pudiendo indicar buena acogida y adherencia una vez iniciada esta.

Limitaciones

A pesar de la eficacia del Protocolo, cabe señalar una serie de limitaciones. En primer lugar, el tamaño muestral es reducido. En segundo lugar, este Protocolo fue desarrollado para atender estructuradamente las demandas de los usuarios de Fad Juventud, sin contemplar la inclusión de un grupo control que no recibiera tratamiento o recibiera tratamiento habitual. Por ello, es esencial considerar la imposibilidad de comparar los efectos de la intervención y el efecto de otras variables de forma certera, y los resultados obtenidos deben ser interpretados con cautela. Futuras aplicaciones deben considerar la inclusión de un grupo control para poder establecer la eficacia del presente Protocolo con mayor rotundidad. Además, el 28,57 % de los participantes tenían terapia paralela, y no pueden descartarse efectos de dicha terapia en los cambios en sus puntuaciones. No se recogió información sobre el tratamiento farmacológico que podían estar recibiendo los participantes, por lo que los resultados actuales no recogen el posible efecto del mismo en los cambios en las puntuaciones, y un potencial efecto de la farmacología en los cambios observados debe considerarse en la interpretación de los resultados. Por último, cabe considerar que aunque el 97,10 % de los usuarios finalizaron la intervención propuesta, solamente el 61,19 % realizó la evaluación postratamiento. En el futuro, aunque la adherencia a la intervención parece muy elevada, se recomienda implantar alguna medida para favorecerla también sobre las evaluaciones, para conocer de forma más certera el alcance de las intervenciones realizadas. Futuras implementaciones del Protocolo deben considerar estos aspectos.

Conclusiones

El Protocolo desarrollado por Fundación Fad Juventud y la Universidad Complutense de Madrid supone una intervención telemática, estructurada y breve que se muestra eficaz en la mejora de problemáticas relacionadas con la salud mental, específicamente ansiedad y estrés, en seis subescalas de regulación emocional y en una mayor orientación positiva y menor orientación negativa en la resolución de problemas e ideación suicida. Este Protocolo parece favorecer la mejora de sintomatología clínica y el desarrollo de habilidades funcionales como la regulación emocional y la resolución de problemas, mostrando buena aceptación y valoración de los usuarios participantes. Su corta duración y su accesibilidad al realizarse exclusivamente online, permitirían un mayor acceso a estos tratamientos, mostrando un gran potencial para mejorar la salud mental de los jóvenes.

Conflicto de Interés

Los autores no tienen conflictos de interés.

Declaración de Autoría

P.d-I-H-G.: conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, redacción –borrador original, redacción–revisión y edición. **P.B-A.:** investigación. **T.C-E.:** investigación. **R.P-B.:** investigación. **E.P-A.:** investigación. **A.M-Q:** investigación. **B.L-S.:** investigación. **A.S-G.:** investigación. **J.C-M:** investigación. **S.N-H:** investigación. **M.G-L:** investigación. **A.d-I-T-L.:** conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, supervisión, redacción –borrador original, redacción–revisión y edición.

Financiación

Este proyecto fue financiado por Fad Juventud con fondos propios y por IRPF ESTATAL 2022 (101/2022/217/1/Servicio Integral de Orientación Familiar (SIOF). Programa multicanal de atención, prevención y promoción sociosanitaria de familias con necesidades especiales de apoyo o en situaciones de riesgo que puedan generar deterioro en su bienestar).

Referencias

- American Psychiatric Association (2020a). *Patients with depression and anxiety surge as psychologists respond to the coronavirus pandemic*. <https://www.apa.org/news/press/releases/2020/11/telehealth-survey-summary.pdf>
- American Psychiatric Association (2020b). *The American Psychological Association's COVID-19 telehealth practitioner survey*. <https://www.apa.org/news/press/releases/2020/11/telehealth-survey-summary.pdf>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andersson, G., Topooco, N., Havik, O., y Nordgreen, T. (2016). Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(1), 55–60. <https://doi.org/10.1586/14737175.2015.1125783>
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., y Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 20–28. <https://doi.org/10.1002/wps.20610>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., y Shapira, N.A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109–160. <https://dx.doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barak, A., Klein, B., y Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4–17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Barraca, J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761–781. <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/7351>
- Batten, S. V., Orsillo, S. M., y Walser, R. D. (2005). Acceptance and mindfulness-based approaches to the treatment of posttraumatic stress disorder. In S. M. Orsillo y L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 241–269). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/0-387-25989-9_10
- Beck, A. T. (1978). *Cognitive therapy and the emotional disorders* (2nd. pr). International Universities Press.
- Beck, J. (2005). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Becoña, E., y Vázquez, F. L. (1998). The fagerström test for nicotine dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83(3), 1455–1458. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3f.1455>
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones [Proposals for a transdiagnostic perspective of mental and behavioural disorders: Evidence, usefulness, and limitations]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295–311. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borkovec, T. D., y Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 153–158. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90027-g](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90027-g)
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256–271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI
- Caballo, V. E., e Iurrtia, M. J. (2014). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (3ª ed., pp. 573–591). Pirámide.
- Carlucci, L., Saggino, A., y Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cludius, B., Mennin, D., y Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 20(1), 37–42. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Contel Guillamón, M., Gual Solé, A., y Colom Farran, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337–347. <https://doi.org/10.20882/adicciones.613>
- Costa, M., y Serrat, C. (1982). *Terapia de parejas* (pp. 72–121). Alianza.
- Cuenca-Royo, A. M., Sánchez-Niubó, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M., y Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addictive Behaviors*, 37(6), 709–715. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.012>
- Cuijpers, P., Kleiboer, A., Karyotaki, E., y Riper, H. (2017). Internet and mobile interventions for depression: Opportunities and challenges. *Depression and Anxiety*, 34(7), 596–602. <https://doi.org/10.1002/da.22641>

- Curran, J. P. (1985). Social skills therapy: a model and a treatment, en R. M. Turner y L. M. Ascher (Eds.). *Evaluating behavior therapy outcome*. Springer
- Dalley, J. W., Everitt, B. J., y Robbins, T. W. (2011). Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron*, 69(4), 680–694. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.01.020>
- de la Torre-Luque, A., Borges, G., Benjet, C., Orozco, R., Medina-Mora, M. E., y Ayuso-Mateos, J. L. (2023a). Diagnostic profiles in adolescence and emerging adulthood: Transition patterns and risk factors. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 42–50. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.01.002>
- de la Torre-Luque, A., Estupiñá, F., Pemau, A., y Prata, J. (2023b). Estrategias generales de prevención de la conducta suicida. En E. Fonseca y S. Al-Halabi (Coords.), *Manual de Psicología de la Conducta Suicida* (pp. 173–198). Pirámide.
- de la Torre, M., y Pardo, R. (2018). *Guía para la Intervención Telepsicológica*. https://www.psicociencias.org/pdf_recursos/guia_intervencion_telepsicologica.pdf
- Dimeff, L. A., y Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science y Clinical Practice*, 4(2), 39–47. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2797106/pdf/asp-04-2-39.pdf>
- Dimitropoulos, G., Lindenbach, D., Rowbotham, M., Devoe, D. J., Richardson, A., Mogan, T., Patten, S. B., Ehrenreich-May, J., y Arnold, P. D. (2023). Feasibility and acceptability of a brief, online transdiagnostic psychotherapy for young adults. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 111–125. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10168613/pdf/ccap32_p0111.pdf
- Ducasse, D., Courtet, P., Sénèque, M., Genty, C., Picot, M.-C., Schwan, R., y Olié, E. (2015). Effectiveness of the first french psychoeducational program on unipolar depression: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15, 9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0667-7>
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M., y Maydeu-Olivares, T. (2002). *Social problem-solving inventory revised (SPSI-R): Technical manual* (pp. 67-71). Multi-Health Systems
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M., y Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem solving: Theory and assessment. En E. C. Chang, T. J. D’Zurilla y L. J. Sanna (Eds.). *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 11-27). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10805-000>
- D’Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the social problem-solving inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 156–163. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.156>
- Etkin, A., Büchel, C., y Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(11), 693–700. <https://doi.org/10.1038/nrn4044>
- Eysenck, S. B. G., y Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43(3), 1247–1255.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez, L., Aritio, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, A., Lucas-Molinae, B., Domínguez, C., Fonseca, D., Espinosa, V., Gorriá, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina Díaz, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E., y Pérez de Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11, 76-85.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., y Sandín, B. (2017). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147–175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- Goldberg, X., Castañó-Vinyals, G., Espinosa, A., Carreras, A., Liutsko, L., Sicuri, E., Foraster, M., O’Callaghan-Gordo, C., Dadvand, P., Moncunill, G., Dobaño, C., Cortés, B., Pleguezuelos, V., Straif, K., García-Aymerich, J., de Cid, R., Cardis, E., y Kogevinas, M. (2022). Mental health and COVID-19 in a general population cohort in Spain (COVICAT study). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(12), 2457–2468. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02303-0>
- Gómez-Simón, I., Penelo, E., y de la Osa, N. (2014). Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents. *Psicothema*, 26(3), 401–408. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.324>
- González-Peña, P., Torres, R., del Barrio, V., y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clinica y Salud*(28), 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., y Muñoz, M. (2021). Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 107, 110219. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110219>
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J., y Thompson, R. A. (2007). *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). Guilford Publications.
- Haktanir, A., y Callender, K. (2020). Meta-analysis of dialectical behavior therapy (DBT) for treating substance use. *Research on Education and Psychology (REP)*, 4(Special Issue), 74-87. https://epublications.marquette.edu/edu_fac/598/?utm_source=epublications.marquette.edu%2Fedu_fac%2F598&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Hayes, S. C., Pistorello, J., y Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., y Fagerström, K. O. (1991). The fagerström test for nicotine dependence: A revision of the fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277–283. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00043-4)
- Hothorn, T., Hornik, K., van de Wiel, M. A., y Zeileis, A. (2006). “A Lego system for conditional inference.” *The American Statistician*, 60(3), 257–263. <https://doi.org/10.1198/000313006X118430>
- Hull, T. D., Malgaroli, M., Connolly, P. S., Feuerstein, S., y Simon, N. M. (2020). Two-way messaging therapy for depression and anxiety: longitudinal response trajectories. *BMC Psychiatry*, 20(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02721-x>
- Hyler, S. E., Gangure, D. P., y Batchelder, S. T. (2005). Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. *CNS Spectrums*, 10(5), 403–413. <https://doi.org/10.1017/s109285290002277x>

- Jakubovic, R. J., y Drabick, D. A. G. (2023). Dialectical behavior therapy-based interventions for externalizing problems among adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(3), 251–263. <https://doi.org/10.1037/cps0000140>
- Kahn, J. P., Cohen, R. F., Tubiana, A., Legrand, K., Wasserman, C., Carli, V., Apter, A., Balazs, J., Banzer, R., Baralla, F., Barzilai, S., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Kaess, M., Bitenc, U. M., ..., y Wasserman, D. (2020). Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29(12), 1671–1681. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01476-w>
- Koob, G. F., y Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
- Labrador, F. J. (2014). Técnicas de control de la activación. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (3ª ed., pp. 199–222). Pirámide
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., y Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12, 233–242. <http://dx.doi.org/10.1080/14659890701476532>
- Lin, T., Heckman, T. G., y Anderson, T. (2022). The efficacy of synchronous teletherapy versus in-person therapy: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), 167–178. <https://doi.org/10.1037/cps0000056>
- Linn, A. J., Vervloet, M., van Dijk, L., Smit, E. G., y Van Weert, J. C. (2011). Effects of eHealth interventions on medication adherence: A systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4): e103. <https://doi.org/10.2196/jmir.1738>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., y Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>
- Linehan, M. M., Schmidt, H., 3rd, Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
- Luciano, C., Rodríguez, M., y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 377–394. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56040211.pdf>
- Luciano, C., Valdivia, S., y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Edupsykhe* 5(2), 173–201. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v5i2.3782>
- Mavandadi, S., Benson, A., DiFilippo, S., Streim, J. E., y Oslin, D. (2015). A telephone-based program to provide symptom monitoring alone vs symptom monitoring plus care management for late-life depression and anxiety: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1211–1218. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2157>
- Maydeu-Olivares, A., Rodríguez-Fornells, A., Gómez-Benito, J., y D’Zurilla, T. J. (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences*, 29(4), 699–708. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00226-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00226-3)
- Meaney, R., Hasking, P., y Reupert, A. (2016). Borderline personality disorder symptoms in college students: The complex interplay between alexithymia, emotional dysregulation and rumination. *PloS One*, 11(6), e0157294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157294>
- Meda, N., Pardini, S., Slongo, I., Bodini, L., Zordan, M. A., Rigobello, P., Visioli, F., y Novara, C. (2021). Students’ mental health problems before, during, and after COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Psychiatric Research*, 134, 69–77. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.045>
- Méndez, F. X., Olivares, J., y Abásolo, F. (2014a). Técnicas de resolución de problemas. En F. X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (4ª ed., pp. 484–531). Biblioteca Nueva.
- Méndez, F. X., Olivares, J., y Ros, M. C. (2014b). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (4ª ed., pp. 336–369). Biblioteca Nueva.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Monistrol-Mula, A., Felez-Nobrega, M., Moneta, M. V., Condominas, E., Vilagut, G., Martín-Iñigo, L., Domènech-Abella, J., Sánchez-Niubó, A., Mortier, P., Cristóbal-Narváez, P., Olaya, B., Alonso, J., y Haro, J. M. (2022). Mental health symptoms 1 year after the COVID-19 outbreak in Spain: The role of pre-existing mental disorders and their type. *Journal of Affective Disorders*, 318, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.127>
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- O’Connor, R. C., y Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754). <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1–20. https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/38011/PaezBlarrina_ACT.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 460–469. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>
- Pedrero, E. J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el inventario Dickman. *Psicothema*, 21(4), 585–591. <https://www.psicothema.com/pdf/3675.pdf>
- Pemau, A., Diaz-Carracedo, P., Lopez-Soto, T., Fernandez-Rodriguez, V., y de la Torre-Luque, A. (2022). The price of perfection: The link between perfectionism and suicidal behavior. En J. González-Hernández y A. J. Muñoz-Villena (Eds.), *Looking for a perfect world. Empirical and applied lines* (pp. 95–124). Nova Science Publishers, Inc. <https://doi.org/10.52305/KOYM9040>
- Pérez Fuentes, M. C., Gázquez Linares, J. J., Molero Jurado, M. d. C., Cardila Fernández, F., Martos Martínez, Á., Barragán Martín, A. B., Garzón Fernández, A., Carrión Martínez, J. J., y Mercader Rubio, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes.

- European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3). <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i3.139>
- R Core Team (2024). *R: A language and environment for statistical computing* (4.4. version) [Computer software]. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a european spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <http://dx.doi.org/10.1017/S1138741600006004>
- Rojas, S. M., Carter, S. P., McGinn, M. M., y Reger, M. A. (2020). A review of telemental health as a modality to deliver suicide-specific interventions for rural populations. *Telemedicine Journal and e-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 26(6), 700-709. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0083>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Saunders, R., Buckman, J. E. J., Cape, J., Fearon, P., Leibowitz, J., y Pilling, S. (2019). Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy. *Journal of Affective Disorders*, 249, 327-335. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.043>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2020a). Psicopatología de la ansiedad y trastornos de ansiedad: hacia un enfoque transdiagnóstico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (3ª ed., pp. 35-76). McGraw Hill.
- Sandín, B., Valiente, R. M., y Chorot, P. (2020b). Trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (3ª ed., pp. 35-76). McGraw Hill.
- Seidel, R. W., y Kilgus, M. D. (2014). Agreement between telepsychiatry assessment and face-to-face assessment for emergency department psychiatry patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20(2), 59-62. <https://doi.org/10.1177/1357633X13519902>
- Sheppes, G., Suri, G., y Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Medvedev, O. N., Hwang, Y. S., y Myers, R. E. (2021). Real-time telehealth treatment team consultation for self-injury by individuals with autism spectrum disorder. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 5(2), 170-182. <https://doi.org/10.1007/s41252-021-00192-z>
- Stanley, B., y Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Swendsen, J., Burstein, M., Case, B., Conway, K. P., Dierker, L., He, J., y Merikangas, K. R. (2012). Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents: results of the national comorbidity survey-adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 390-398. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1503>
- Temple, J. R., Baumler, E., Wood, L., Guillot-Wright, S., Torres, E., y Thiel, M. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on adolescent Mental health and substance use. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 71(3), 277-284. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.05.025>
- Wagner, B., Nagl, M., Dölemeyer, R., Klinitzke, G., Steinig, J., Hilbert, A., y Kersting, A. (2016). Randomized controlled trial of an internet-based cognitive-behavioral treatment program for binge-eating disorder. *Behavior Therapy*, 47(4), 500-514. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.01.006>
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., Garland, A., Hollinghurst, S., Jerrom, B., Kessler, D., Kuyken, W., Morrison, J., Turner, K., Williams, C., Peters, T., y Lewis, G. (2013). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9864), 375-384. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61552-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61552-9)
- Wilson, K., y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., y McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., y Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Development and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155-168. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060536>
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Article

Personalization of Psychotherapy Based on Client Preferences vs. Routine Outcome Monitoring With PCOMS: A Naturalistic Study

Pablo Rafael Santangelo¹ , Karina Conde² , Gabriela Millaman Rickert³ , Marcos Emanuel Mattiello³ , Germán Lao³  y Victoria Pocorena¹ 

¹Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. CAPSi, Centro de Asistencia Psicológica, Mar del Plata (Argentina)

²Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT).

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) (Argentina)

³Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina)

ARTICLE INFO

Received: 11/03/2025

Accepted: 27/08/2025

Keywords:

Routine outcome monitoring

Therapeutic preferences

Treatment personalization

PCOMS

Feedback

ABSTRACT

Taking client preferences into account and conducting routine outcome monitoring are components of evidence-based practice. The objective of this study was to compare the effectiveness, on the one hand, of adjusting therapeutic processes to clients' role or activity preferences, and on the other, of routine outcome monitoring using PCOMS. Method: experimental design with three groups of therapists randomly assigned through random number tables. Sample: Therapists N = 9, Clients N = 101. Evaluations were conducted at intake, in the third, eighth, and final treatment session. Data analysis. Generalized estimating equation (GEE) models were used to analyze the effects of adherence to different therapeutic approaches on the dimensions of the CORE-OM scale. Results. Psychotherapy monitored with PCOMS achieved better results, with a significant difference, compared to standard treatment and treatment adjusted to client preferences. In the second evaluation (third treatment session), the results of the two experimental treatments were similar. Conclusions: Routine outcome monitoring is a strategy that yields better results than usual treatment in the Mar del Plata context. Adjusting treatments to client preferences is a promising area for good outcomes.

Personalización de la Psicoterapia Basada en las Preferencias de los Pacientes vs. Monitoreo Rutinario de Resultados con PCOMS: Un Estudio Naturalístico

RESUMEN

Tener en cuenta las preferencias de los pacientes y realizar un monitoreo rutinario de resultados son componentes de una práctica basada en evidencia. Objetivos: comparar la efectividad, por un lado, de ajustar los procesos terapéuticos a las preferencias de rol o actividad de los pacientes, y por otro, del monitoreo rutinario de resultados utilizando el PCOMS. Método: diseño experimental con tres grupos de terapeutas por asignación aleatoria mediante tablas de números aleatorios. Muestra: Terapeutas N = 9, Pacientes N = 101. Las evaluaciones se realizaron en la admisión, en la tercera, octava y última sesión de tratamiento. Se utilizaron modelos de ecuaciones de estimación generalizada (GEE) para analizar los efectos de la adherencia a diferentes enfoques terapéuticos sobre las dimensiones de la escala CORE-OM. Resultados: La psicoterapia monitoreada con el PCOMS obtuvo mejores resultados, diferencia significativa, que el tratamiento estándar y el tratamiento ajustado por las preferencias de los pacientes. En la segunda evaluación (tercera de tratamiento) los resultados de los dos tratamientos experimentales fueron similares. Conclusiones: El monitoreo rutinario de resultados es una estrategia que produce mejores resultados que el tratamiento habitual en el contexto marplatense. Ajustar los tratamientos a las preferencias de los pacientes es un área prometedora de buenos resultados.

Palabras clave:

Monitoreo rutinario de resultados

Preferencias terapéuticas

Personalización del tratamiento

PCOMS

Retroalimentación

Cite as: Santangelo, P. R., Conde, K., Millaman, G., Mattiello M. E., Lao, G. y Pocorena, V. (2025). Personalization of psychotherapy based on client preferences vs. routine outcome monitoring with PCOMS: A naturalistic study. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 86-97. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.44869>

Corresponding author: Pablo Rafael Santangelo, pablo6s@yahoo.com.ar

This article is published under Creative Commons License 4.0 CC-BY-NC

Introduction

Evidence-based practice is defined as the integration of three core components: client values, which include individual characteristics, culture, and preferences; the best available research evidence; and clinical expertise. One of these key components is client preferences. Actively incorporating these into the therapeutic process has been associated with improved treatment outcomes (McLeod, 2015; Swift et al., 2019). Evidence indicates that attending to and accommodating client preferences enhances positive effects, reduces premature dropout rates, strengthens the therapeutic alliance, and increases engagement in psychotherapy (Calsyn et al., 2000; Hess, 2017; Swift & Callahan, 2009; Swift et al., 2011; Tompkins et al., 2013).

Another central element of evidence-based practice is Routine Outcome Monitoring (ROM) (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). In recent decades, studies have evaluated the benefits of its implementation. ROM has demonstrated statistically significant effects on psychotherapy outcomes, serving as a complement to standard treatments and offering the advantage of low implementation cost (Barkham et al., 2023).

Routine outcome monitoring (ROM) generally consists of three stages: (1) collecting client data on a regular basis; (2) providing feedback to the therapist and, in many cases, also to the client; and (3) when appropriate, adapting the therapy process or approach in response to the feedback (Barkham et al., 2023). The use of feedback is gaining increasing interest and, in some countries, is even required as part of high-quality care (Connors et al., 2024). Feedback provided to therapists and clients is a core component of measurement-based care, as it allows progress monitoring to be integrated into the therapeutic process in real time, thereby facilitating data-informed clinical decision-making (Barber & Resnick, 2023).

One of the most widely used monitoring and feedback systems, recognized as an evidence-based practice by SAMHSA, is the Partners for Change Outcome Management System (PCOMS). PCOMS is a client feedback system that utilizes two four-item scales to gather input from users: the client evaluates progress using the Outcome Rating Scale (ORS) and the quality of the therapeutic alliance using the Session Rating Scale (SRS). These scales can be applied regardless of the therapist's theoretical model or the issue being treated. PCOMS fosters a transparent discussion with clients about their results and is one of the few systems that routinely measures the therapeutic alliance. A distinctive feature is that all scoring and interpretation of the assessments are conducted together with the clients, providing them with a new way to reflect on and discuss their experience of progress and their perception of the therapeutic relationship. In this way, the assessment process becomes an integral component of therapy. (Duncan & Sparks, 2019).

PCOMS has been shown to be effective in couples therapy (Anker et al., 2009; Reese et al., 2010), group psychotherapy (Schuman et al., 2014; Slone et al., 2015), individual psychotherapy with adults (Bovendeerd et al., 2022; Brattland et al., 2018; Reese et al., 2009), children (Cooper et al., 2021; Cooper et al., 2013), adolescents living in poverty (Kodet et al., 2019), and integrated healthcare settings (Duncan et al., 2021). Studies have also been conducted outside the United States and Europe, including in China (She et al., 2018).

In line with this client-centered approach characteristic of PCOMS, another key aspect for optimizing treatment effectiveness is the consideration of client preferences. These are defined as specific types of treatments, activities, or therapist characteristics that clients want to be present in the psychotherapy environment (Swift et al., 2018), can be summarized into three types: 1) preferences related to therapists (personal characteristics they should have, such as gender, age, or religion); 2) treatment preferences (desires for a particular type of psychotherapy, such as cognitive-behavioral therapy or a person-centered approach); 3) preferences regarding activity or role (specific behaviors and intervention styles within the therapeutic work, such as the use of tasks, more or less directiveness) (Cooper et al., 2019).

Meta-analyses indicate that clients who receive therapy aligned with their preferences or chosen by them exhibit better clinical outcomes and significantly lower premature dropout rates compared to those who do not have the opportunity to choose (Delevry & Le, 2019; Lindhiem et al., 2014; Swift et al., 2018; Swift et al., 2011). Specifically, the meta-analysis by Swift et al. (2018) indicates that clients whose preferences do not align with the psychotherapy they are provided are almost twice as likely to prematurely terminate the process. Along similar lines, though with some differences, a systematic review and meta-analysis including 5,294 participants diagnosed with mental disorders found that clients who received their preferred treatment exhibited lower dropout rates and a stronger therapeutic alliance. However, no significant association was found between preference matching and clinical outcomes (Windle et al., 2020). As Faye Jacobsen et al. (2024) state, most studies in both reviews investigated treatment preferences. These findings underscore the need to advance research on the “preference-matching effect”—the alignment between client preferences and treatment characteristics—particularly with respect to preferences concerning the therapist's activity or role. Such preferences have received comparatively limited attention in empirical studies, despite their potential significance for the effectiveness of the psychotherapeutic process.

In the Argentine context, this issue acquires particular relevance. The healthcare system is characterized by significant heterogeneity, with the coexistence of public, private, and social security sectors, resulting in marked disparities in access to, continuity of, and quality of psychological care. Moreover, the implementation of approaches such as Routine Outcome Monitoring (ROM) and the systematic incorporation of patient preferences remains incipient in local clinical practice. This is partly due to structural limitations—such as a lack of technological resources, high patient loads, and insufficient training in ongoing assessment—as well as cultural factors that shape how clients perceive the therapist's role, with a historical tendency toward less directive models. These circumstances call for empirical inquiry into how ROM- and preference-based approaches can be effectively implemented and adapted within the specific conditions of the Argentine healthcare system.

Given this background and the lack of naturalistic studies in Argentina to assess the effectiveness of ROM, specifically PCOMS, and the results of adjusting psychotherapy to client role preferences, this study aims to compare the effectiveness of two types of treatments: ROM-based psychotherapy using PCOMS and psychotherapy adjusted to client role preferences. These two psychotherapy modalities are expected to yield better outcomes than standard psychotherapy.

Method

This was a clinical study, where three groups of therapists were formed randomly. Group 1 (G1) conducted standard psychotherapy, Group 2 (G2) worked with PCOMS, and Group 3 (G3) adjusted the treatment to the role preferences of the clients. They sought therapy spontaneously and were not recruited. Nor did they choose the type of intervention. The inclusion and exclusion criteria for both clients and therapists were those established by the Psychotherapy Training and Education Program, and were not determined by the research. There was no control over client assignment, and the only control applied to therapists was the randomization of groups. For these reasons, we understand this to be a naturalistic study. Four evaluations were performed throughout all therapeutic processes (Figure 1).

Participants

Therapists

The therapists, 9 women, had no more than 3 years of experience, with an average age of 30 years. The therapists in G1, none of the three had experience in client care, while in G2, one had two years of experience in psychotherapy, another with 6 months, and the third with 2 months. Finally, the therapists in G3, one had two years of experience in psychotherapy, another with 17 months, and the third had no experience.

They predominantly had psychoanalytic undergraduate training (Fierro, 2020), but all had taken postgraduate courses with a cognitive and/or systemic orientation before starting the research project. All therapists were part of the Psychotherapy Training and Formation Program (Santangelo, 2020), in which they provided therapy to individuals with violated rights who sought care on a self-referral basis. The average number of clients attended to by each therapist was 8.62 ($SD = 2.32$). The professionals participated in two parallel 90-minute sessions: one for group supervision and another in which various activities were alternated, such as clinical seminars, presentation of topics selected by the therapists, and deliberate practice. Additionally, the therapists were required to attend two postgraduate courses.

Clients

The sample consisted of G1 ($N = 30$), G2 ($N = 35$), and G3 ($N = 36$). They received psychological care in the aforementioned program during the year 2021. The treatment provided is evidence-based (Santangelo, 2020), free of charge, and available for individuals over 18 years old without medical coverage.

Exclusion criteria, in addition to age and lack of medical coverage, included not presenting any severe disorder, such as schizophrenia, eating disorders, or problematic use of psychoactive substances. These criteria are specific to the aforementioned program. The descriptive data are shown in Table 1. Most of the participants were women, and the most frequent educational levels were completed secondary education and ongoing university studies. The most common reason for consultation in all three groups was anxiety and/or depression, 47% in G1, 71% in G2, and 45% in G3. Only one person declined to participate in this study.

Instruments

CORE-OM

The Spanish version available on the University of Barcelona's website (<https://www.ub.edu/terdep/core/>) was used. It is a self-administered scale composed of 34 items that explore 4 subscales: 1) subjective well-being (4 items), 2) symptoms/problems (12 items assessing anxiety, depression, physical problems, and trauma), 3) functioning (12 items, including general functioning, close relationships, and social relationships), and 4) risk (4 items for self-harm and 2 for acts of aggression toward others). Each item assesses the frequency of distress over the past seven days and is rated on a 5-point Likert scale according to the chosen response (0 = *Never*, 4 = *Always or almost always*). Most items reflect negative reactions; therefore, the score obtained from these items is reversed. Scores are obtained for each subscale and for the total test; higher scores indicate greater problems or symptoms. For the total score of the instrument, all subscales are summed except for the Risk subscale (T-R), as it is considered supplementary to the instrument, and any of its items that score above 0 are used as a clinical indicator of the presence of suicidal ideation, self-harm, or acts of aggression toward others. This scale was used as an outcome measure.

Outcome Rating Scale (ORS)

The ORS is a brief scale that evaluates client progress globally from four areas of functioning: individual, interpersonal, social, and general. Items are answered using a 10-centimeter visual analog scale, where the client must place only one cross or mark on a 10-centimeter line to indicate how poorly or well they are in each area. The closer the mark is to the left end, the greater the distress. It provides a score in each area from 0 to 10 and a total score based on its average. The original study was conducted in the U.S. in English, with the sample consisting of a clinical population ($n = 435$) over 18 years old and a non-clinical population ($n = 86$), aged between 22 and 65; gender, socioeconomic level, and ethnicity were mixed. Internal consistency was $\alpha = .93$, and concurrent validity between the total scores of the ORS and OQ-45.2 was $r = .59$ (Miller et al., 2003).

Figure 1
Distribution of CORE-OM Assessments by Group and Treatment Session

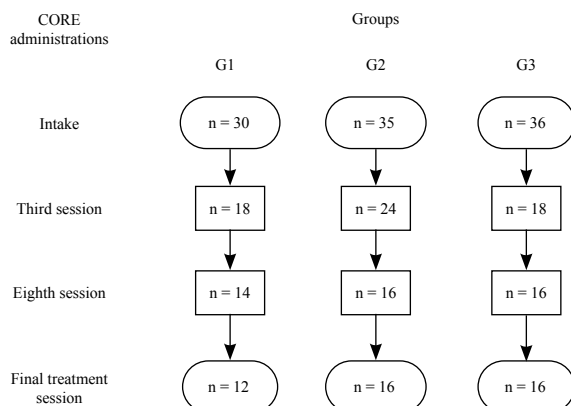


Table 1*Descriptive Data of Patients Treated Within the Framework of the Psychotherapy Training and Formation Program , Faculty of Psychology, UNMDP, Mar del Plata, 2022*

	G1 n (%)	M (SD)	G2 n (%)	M (SD)	G3 n (%)	M (SD)
Gender						
Female	25 (83)		26 (74)		25 (69)	
Male	5 (17)		9 (26)		11 (31)	
Age		32.97 (10.93)		31.54 (10.40)		28.89 (7.92)
Socioeconomic level						
Low	6 (20)		9 (26)		7 (19)	
Lower middle	8 (27)		17 (48)		15 (42)	
Middle	16 (53)		9 (26)		13 (36)	
Upper middle					1 (3)	
Marital status						
Single	18 (60)		23 (65)		30 (83)	
Married or Cohabiting	11 (37)		10 (29)		5 (14)	
Divorced			2 (6)		1 (3)	
Widowed	1 (3)					
Occupation						
Student	3 (10)		7 (20)		14 (39)	
Self-employed	6 (20)		7 (20)		5 (15)	
Employee	6 (20)		10 (29)		11 (31)	
Professional	2 (6)				1 (3)	
Unemployed	5 (18)		4 (11)			
Retired	1 (3)		1 (3)			
Administrative worker	3 (10)					
Homemaker			5 (14)		2 (6)	
Teacher	3 (10)		1 (3)		2(6)	
Not working	1 (3)					
Educational level						
No data			1		1 (3)	
Incomplete primary			1		1 (3)	
Complete primary	2 (7)					
Incomplete secondary	4 (13)		1 (3)		6 (16)	
Ongoing secondary	1 (3)		2 (6)		1 (3)	
Complete secondary	3 (10)		11 (31)		7 (19)	
Incomplete tertiary			6 (17)			
Ongoing tertiary	6 (20)		1 (3)		7 (19)	
Complete tertiary	2 (7)		5 (14)		1 (3)	
Incomplete university	2 (7)		1 (3)		2 (6)	
Ongoing university	10 (33)		6 (17)		9 (25)	
Complete university					1 (3)	
CORE-OM		135.44 (47.18)		138.59 (42.81)		128.38 (48.71)

Note: CORE-OM= Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure. Comparison at baseline for CORE-OM was non-significant, $p = .706$.

The psychometric properties of the Argentine adaptation were very similar to the original (Santangelo et al., 2021). The mean total score was 22.06, $SD = 9.88$, for the Individual scale 4.96, $SD = 2.59$, Interpersonal 5.66, $SD = 2.63$, Social Role 5.97, $SD = 4.31$, General 4.49, $SD = 2.66$. No differences were found regarding gender, nor was there a relationship between the scores and the age of the clients ($r = .09$, $p > .05$). The Reliable Change Index was set at 5.61. The

reliability of the scale was acceptable, with internal consistency across four different assessments: Session 1 $\alpha = .8$, Session 3 $\alpha = .89$, Session 8 $\alpha = .88$, and Final Session $\alpha = .92$. The test-retest correlation between Session 1 and Session 3 was moderate and significant ($r = .55$, $p < .001$), as was the correlation between Session 3 and Session 8 ($r = .51$, $p < .001$), and between Session 8 and Final Session ($r = .69$, $p < .001$). Concurrent Validity: The

correlation between the totals of the ORS and OQ-45.2 for each administration was moderately strong in all administrations. The coefficients were negative because lower scores on the OQ-45.2 indicate greater well-being, and the opposite is true for the ORS. The correlation coefficients between the dimensions and the totals of the ORS and OQ-45.2 were generally high. Regarding Sensitivity to Change, significant differences were found between the pre-test ($S1, M(SD) = 22.94 (9.19)$) and the post-test ($SF, M(SD) = 26.19 (8.07)$), $t(198) = -4.53, p = .042, d = -.37, 95\% \text{ CI } [-.69, -.04]$, indicating that the test is capable of detecting changes over time.

Session Rating Scale (SRS 3.0)

The SRS 3.0 is a brief instrument that evaluates the therapeutic alliance globally from four dimensions: relationship, goals and topics, approach or method, and overall. Items are answered using a 10-centimeter visual analog scale, where the client must place only one cross or mark on a 10-centimeter line to indicate how their experience was in the session. The closer the mark is to the left end, the worse the client rates the experience. It provides a score in each area from 0 to 10 and a total score based on its average. The original study was conducted in the U.S. in English, with the sample composed of three groups selected from different health agencies and intervention programs. Group one ($n = 81$), with an age range of 18 to 74 years. Group two ($n = 100$), ages ranged from 18 to 83 years. Group three ($n = 156$), age was not specified. Internal consistency was $\alpha = .88$, test-retest reliability was $.64$, and concurrent validity between the total scores of the SRS and HAQ II was $r = .48$ (Duncan et al., 2003).

The psychometric properties of the Argentine adaptation were very similar to the original (Santangelo et al., 2021). No differences were found regarding gender (women: $n = 52, M(SD) = 36.77(3.91)$, men: $n = 36, M(SD) = 36.87(4.40)$, $t(86) = -.11, p = .913, d = -.02, 95\% \text{ CI } [-.45, .40]$), nor was there any association between the scores and the clients' age ($\rho = .09, p > .05$). The reliability of the scale showed optimal results, with internal consistency in session 3 of $\alpha = .91$, in session 8 of $\alpha = .94$, and in the final session of $\alpha = .93$. The test-retest correlation was high ($\rho = .71, p < .001$) between session 3 and session 8, and non-significant between session 8 and the final session ($\rho = .39, p = .07$). Regarding Concurrent Validity, the correlation between the total scores of the SRS 3.0 and the WAI for each administration was moderate to strong in all administrations (Session 3, $\rho = .48, p < .001$; Session 8, $\rho = .67, p < .001$; Final Session, $\rho = .59, p < .001$). The correlation coefficients between the dimensions and the totals of both scales in session 3 were generally moderate to low, and all were significant.

The ORS and SRS 3.0 scales were used to provide therapists with feedback on patient progress and the quality of the therapeutic alliance. The Spanish (Argentine) translations of the ORS and SRS 3.0 scales are published on Scott D. Miller's website, <https://www.scottmiller.com>.

Psychotherapy Preferences and Experiences Questionnaire for the Client (PEX.P1)

It consists of 25 items evaluated on a 6-point Likert scale (*Not at all* = 1, *Very little* = 2, *Moderately* = 3, *Quite a bit* = 4, *Very* = 5, *Completely* = 6). Since the items illustrate interventions occurring in

psychotherapy, the client is asked to mark the response option that best expresses the degree to which they accept each intervention as helpful in their treatment. It consists of five dimensions: (1) External Orientation (EO); (2) Internal Orientation (IO); (3) Expression of Affection (EA); (4) Suppression of Affection (SA); (5) Support (SUP). The EO dimension refers to interventions focused on practical techniques to address specific problems and symptoms, consisting of five items, one of which is "It would help me to learn practical solutions to concrete problems." The IO dimension refers to interventions focused on personal reflection, understanding, and awareness of internal processes such as fantasies, memories, and dreams. It consists of five items, such as "It would help me to put feelings into words." The EA dimension refers to interventions related to the experience and expression of feelings and emotions, consisting of five items such as "It would help me to talk about painful memories." The SA dimension refers to interventions related to the suppression of feelings and emotions, as well as avoiding confrontations with actions or thoughts that lead to anxiety. It consists of five items, including "It would help me to learn to forget painful memories." The SUP dimension refers to interventions and the therapist's style based on warmth, advice, encouragement, and empathy. It consists of five items, such as "It would help me to work with a therapist who speaks with initiative and is active" (Clinton & Sandell, 2014).

Regarding the psychometric properties of the Argentine adaptation (Santangelo & Conde, 2023), the total scale showed an internal consistency of $\alpha = .90$, and for the dimensions EA $\alpha = .77$; SUP $\alpha = .80$; EO $\alpha = .90$; SA $\alpha = .64$; IO $\alpha = .76$.

Adherence to the Provider Scale for PCOMS. The ten skills (Duncan & Sparks, 2019). It consists of 10 items evaluated on a 5-point Likert scale (*Never* = 1, *Sometimes* = 2, *Often* = 3, *Regularly* = 4, *Always* = 5). The items illustrate whether therapists adhered to the PCOMS modality. The authors of the scale consider that, out of a total possible of 50 points, adherence would be considered acceptable at 40 or more.

Adherence to Treatment Based on Client Preferences Scale. An ad hoc scale was created consisting of 5 items evaluated on a 5-point Likert scale (*Never* = 1, *Sometimes* = 2, *Often* = 3, *Regularly* = 4, *Always* = 5). It evaluates whether the therapist worked with the client on the scale, whether they considered the scores when planning interventions, and whether they considered the scale useful. It was considered that out of a possible total of 25 points, adherence would be considered acceptable at 20 or more.

Procedure

The randomization of psychotherapists ($N = 9$) into the three groups ($N = 3$) was carried out using the Research Randomizer software (Urbaniak & Plous, 2013).

The therapists took a 9-hour course taught by the first author, G2 on how to implement PCOMS and G3 on how to assess and adjust treatments based on client preferences.

All treatments were evidence-based and equivalent, except for G2, which worked with PCOMS, and G3, which assessed client preferences and adjusted the treatment accordingly. They included an intake (between 3 and 4 interviews), where the client was evaluated through open interviews and a structured interview in which psychological tests (CORE-OM) were administered. Once

the intake process was completed, when there was an agreement on goals and the means to achieve them, the psychological treatment itself began, lasting no more than twelve sessions. Additionally, three evaluations were conducted, each lasting approximately 10 minutes, in which the CORE-OM was administered: in the third treatment session, the eighth session, and the twelfth (final session). Clients and therapists were given general information about the study and researchers' contact details, and written informed consent was requested, which was not a requirement for accessing treatment. The research had the ethical approval of the Research Ethics Committee of the Interdisciplinary Thematic Program in Bioethics (PTIB) under the Secretariat of Science and Technology of the National University of Mar del Plata. All subjects participated voluntarily and did not receive any form of compensation. Anonymity and confidentiality of responses were ensured.

The therapists' adherence to treatment was assessed on three occasions through access to a link where the questionnaires were available, throughout the year, in May, September, and December. The evaluation of clients was blind, meaning that the evaluators did not know which group and therapist each client belonged to. Therapists submitted the intake protocols to a member of the team, who subsequently forwarded them to the evaluators. Once the research was completed, the first author of the study interviewed the therapists to reflect on the modality they had been assigned, also considering possible modifications for a future project.

Intervention

Standard Psychotherapy – G1

Intake and treatment process of no more than 12 sessions. It is the usual treatment offered to clients consulting in the Psychotherapy Training and Formation Program (Santangelo, 2020). Therapeutic preferences were not evaluated, and the PCOMS system was not implemented.

Intervention Group (PCOMS) – G2

At the beginning of each treatment session and in the second session of the intake, the client completed the adapted Outcome Rating Scale (ORS) (Santangelo et al., 2021), where they rated their current state in each of four 10-centimeter lines associated with four domains (individual, interpersonal, social, and global), obtaining a total score out of 40. Lower scores reflect a higher degree of severity, with the cut-off point for the Argentine clinical population being a global score lower than 25.2 (Santangelo et al., 2022). From the first administration of the ORS, clients were instructed to base their responses on the agreed therapeutic goals. The ORS was introduced as a tool to guide therapy according to their perspective and to track session-by-session changes (Duncan & Sparks, 2019). The therapist scored the questionnaires and shared the information with the client.

At the end of each treatment session and in the second intake session, the client completed the adapted Session Rating Scale (SRS) (Santangelo et al., 2021), using a similar procedure to the one used for the ORS in the four domains (relationship, goals and topics, approach or method, and overall). The cut-off point for this scale is 36, meaning clients who score below this are at risk of deteriorating the therapeutic alliance. Whether the client scores below or above

the cut-off point, the therapist should thank them for their feedback and share the information. If the score is below the cut-off point or less than 9 in any of the dimensions, the therapist should address the issue to improve the situation. The SRS provides a structure to discuss the alliance and any problems that may have arisen (Duncan & Sparks, 2019). A feedback system based on raw scores was used (Barkham et al., 2023). Therapists facilitated feedback from clients by informing them that these scales do not provide bad news. If negative scores appear, they are exactly what is being sought to improve the therapeutic process. The more honest the clients were, the more reliable the information would be to improve the results.

Psychotherapy Adjusted to Client Preferences – G3

In the intake process, specifically during the second session, the client completes the adaptation of the PEX.P1 scale (Santangelo & Conde, 2023), which assesses role or activity preferences. Based on the responses, the psychotherapist adjusts the interventions. For example, if the client scored high on the External Orientation dimension, the therapist's interventions were more directive, aimed at addressing and resolving specific problems and symptoms. If the client's preferences did not align with the evidence-based knowledge regarding how to address the issue they brought to the consultation, the therapist would work on that topic by explaining why the intervention(s) that would be used would not align with their preferences, and then explain the most appropriate way to proceed with the work.

Data Analysis

We use Kruskal-Wallis's test to assess baseline differences among groups. To evaluate the effects of the different therapeutic modalities on clinical outcomes, Generalized Estimating Equations (GEE) models were employed. GEE is a statistical method suitable for analyzing longitudinal data with repeated measures, as it accounts for within-subject correlations and handles missing data efficiently. It also provides robust standard error estimates, even if it does not perfectly reflect the true correlation. In our case, GEE models were used to examine the interaction effects between the intervention groups (represented by the groups G1, G2, and G3) and time on the CORE-OM dimensions (Table 3). An exchangeable working correlation structure was specified to account for within-subject dependence over time. Missing data were handled using listwise deletion. All statistical analyses were conducted using SPSS version 20, with a significance level set at $p < .05$ and 95 % confidence intervals reported.

Additionally, effect sizes were calculated using Cohen's d coefficient to estimate the magnitude of the differences between conditions at the end of treatment. For the interpretation of effect sizes, the following cut-off points were used: small ($d = 0.20$), moderate ($d = 0.50$), and large ($d \geq 0.80$).

Results

In the Well-being and Symptoms dimensions, G2 showed significant improvements compared to G3 and G1 (see Table 2 and Table 3). Overall, the analyses revealed significant effects of the interaction between therapy type and time on several CORE-OM

Table 2

Descriptive Statistics by Group and Assessment Time Point for CORE-OM Dimensions (CORE All Items, CORE Non-Risk Items, and Risk)

Time	Groups		<i>n</i>	Minimum	Maximum	Mean	<i>SD</i>
1	G1	Risk	27	.0	10.0	3.000	3.4194
		CORE All	27	13	230	135.44	47.178
		CORE All-R	27	17	290	170.22	56.097
	G2	Risk	32	.0	10.0	2.531	3.1621
		CORE All	32	53	230	138.59	42.813
		CORE All-R	32	70	280	176.09	51.923
	G3	Risk	34	.0	10.0	2.000	2.6285
		CORE All	34	15	210	128.38	48.709
		CORE All-R	34	20	263	164.26	58.958
2	G1	Risk	18	.0	8.0	1.944	2.2874
		CORE All	18	50	200	115.39	41.087
		CORE All-R	18	67	240	147.11	49.000
	G2	Risk	24	.0	14.0	1.833	3.3188
		CORE All	24	30	220	106.13	45.779
		CORE All-R	24	37	247	135.21	53.585
	G3	Risk	18	.0	4.0	.889	1.2783
		CORE All	18	45	208	104.61	41.385
		CORE All-R	18	60	267	136.11	51.607
3	G1	Risk	14	.0	7.0	2.214	2.7225
		CORE All	14	23	163	115.79	46.702
		CORE All-R	14	30	210	146.71	57.354
	G2	Risk	16	.0	11.0	1.563	2.9432
		CORE All	16	18	178	86.31	50.488
		CORE All-R	16	23	230	109.56	61.087
	G3	Risk	16	.0	3.0	1.125	1.1475
		CORE All	16	30	175	106.94	35.320
		CORE All-R	16	40	223	138.44	45.608
4	G1	Risk	12	.0	4.0	.917	1.6765
		CORE All	12	38	163	101.67	41.829
		CORE All-R	12	50	217	132.00	54.124
	G2	Risk	16	.0	6.0	.813	1.6820
		CORE All	16	10	135	66.25	40.096
		CORE All-R	16	13	180	85.50	50.442
	G3	Risk	16	.0	6.0	1.063	1.9822
		CORE All	16	18	183	96.13	43.851
		CORE All-R	16	23	230	124.19	54.763

Note: CORE All = CORE-OM All items. CORE All-R = CORE-OM Non-risk items. G1 = Standard Psychotherapy. G2 = Feedback-Informed Psychotherapy. G3 = Preference-Based Psychotherapy.

dimensions. In particular, a greater reduction in general distress scores was observed when there was an interaction between the type of therapy and the passage of time.

The evaluation of the Functioning dimension also showed significant differences between groups. Participants in G2 demonstrated significant improvements in overall functioning compared to G3.

In the Well-being and CORE All items' measures, the interactions between time and the PCOMS model of the G2 group were significant. This indicates that the change observed in these variables depends both on the passage of time and the type of intervention, generating an additional effect when both factors interact. In contrast, no significant interaction was found between time and the type of intervention in the Functioning dimension.

No major differences were found between treatments or significant interactions over time in the Risk dimension, suggesting that time is the main factor in improving the reduction of perceived risk.

Dispersion can be observed across the four measurement points (Figure 2).

The scores of G1 show a slight decrease in the mean over time, which suggests a possible improvement in the clients' symptoms. However, the interquartile range remains relatively wide at each time of measurement, showing considerable dispersion of the scores within the group.

CORE All items for G2 also show a decrease over time, which could indicate an improvement in symptoms. Additionally, the range of scores gradually narrows, suggesting greater consistency in treatment responses at the later time points.

In G2, a decrease in scores is observed at the second time point (third treatment session), followed by stabilization at subsequent times. The interquartile range remains moderately wide, although the group shows less variability than G1.

This trend can also be observed in the total CORE scores without the Risk items (Figure 3).

G1 shows a mild decrease in average scores over time, with a more noticeable reduction in final measurements. G2 also scores decrease over time, with less dispersion by the third and fourth administrations.

These results suggest greater consistency in outcomes in these approaches compared to G1.

Figure 2

Total CORE-OM Scores for G1, G2, and G3 Across Four Time Points

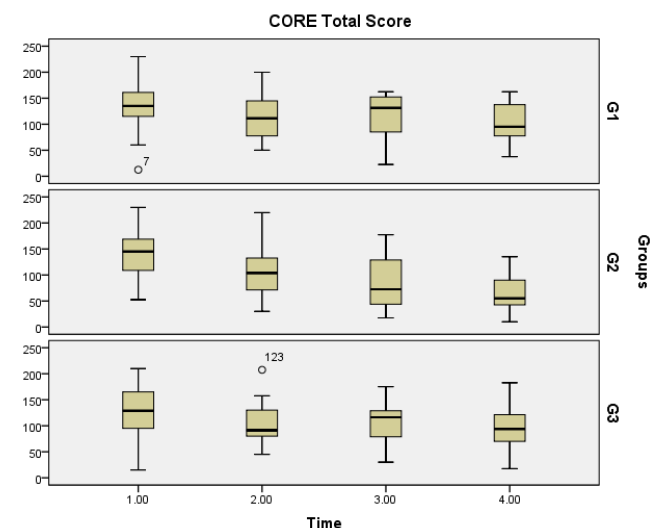
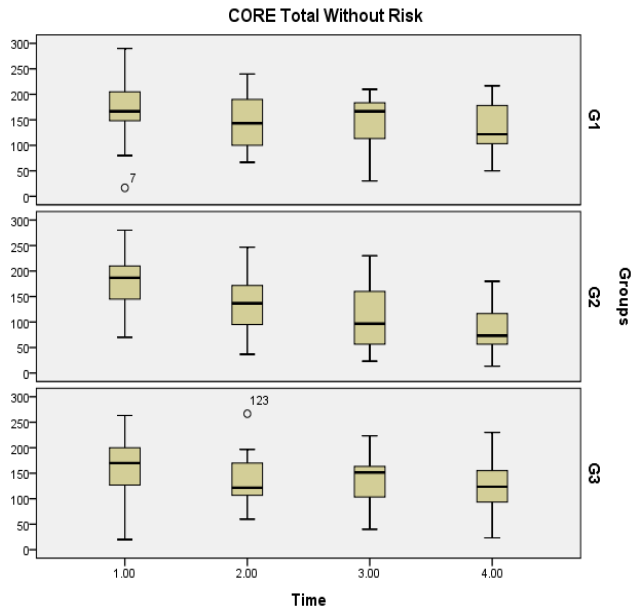


Figure 3
CORE-OM Scores for G1, G2, and G3 Across Four Time Points (Excluding Risk Items)



Comparison of Effects Between Conditions

Effect sizes (Cohen's d) were calculated to compare clinical outcomes between groups. The comparison between G2 and G1 showed a large effect ($d = -0.87$), indicating substantial clinical improvement in G2. The comparison between G2 and G3 yielded a moderate-to-large effect ($d = -0.71$), also favoring G2. In contrast, the difference between G3 and G1 was very small or negligible ($d = -0.13$), suggesting clinical equivalence between these two conditions.

Treatment Adherence Routine Monitoring of Results – G2

PCOMS Provider Adherence Scale. Ten Skills (Duncan & Sparks, 2019). The items illustrate whether therapists adhered to the PCOMS modality. The authors of the scale consider adherence acceptable with a score of 40 or more out of a possible 50 points. All evaluations, three from each therapist, scored over 40 points, except for one which scored 38. This indicates adherence to treatment.

Therapeutic Preferences – G3

Treatment Adherence Based on Client Preferences Scale. Adherence was considered acceptable with a score of 20 or more out of a possible 25 points. Adherence was acceptable for one of the

Table 3
Descriptive Statistics by Group and Time Point for CORE-OM Dimensions (CORE All Items, CORE Non-Risk Items, and Risk)

Predictors	Well-being			Symptoms			Functioning			Risk			CORE Total Score			CORE Total Score Without Risk		
	Wald χ^2	B(SE)	IC 95 %	Wald χ^2	B(SE)	IC 95 %	Wald χ^2	B(SE)	IC 95 %	Wald χ^2	B(SE)	IC 95 %	Wald χ^2	B(SE)	IC 95 %	Wald χ^2	B(SE)	IC 95 %
Model 1. PP vs. Standard y PCOMS																		
Standard (ref. PP)	.02	.01 (.09)	-.18 to .21	.04	-.24 (.11)	-.25 to .20	.56	.09 (.13)	-.15 to .34	1.18	.44 (.41)	-.35 to 1.24	.19	.05 (.11)	-.17 to .26	.06	.03 (.10)	-.18 to .23
PCOMS (ref. PP)	8.44**	.26 (.09)	.08 to .43	2.05	.16 (.11)	-.06 to .39	4.8*	.23 (.19)	0.02 to 0.43	.63	.28 (.35)	-.41 to .96	4.52*	.21 (.10)	.02 to .40	4.72*	.2 (.09)	.02 to .38
Time	6.80**	-.06 (.02)	-.11 to -.01	15.30**	-.12 (.03)	-.19 to -.06	10.1**	-.09 (.03)	-.14 to -.03	8.59**	-.30 (.10)	-.51 to -.10	16.65**	-.11 (.03)	-.16 to -.06	15.48**	-.10 (.03)	-.15 to -.05
Standard*time (ref. PP*time)	.19	-.02 (.04)	-.11 to .07	1.16	.04 (.04)	-.04 to .13	.004	-.003 (.05)	-.10 to 0.09	.19	.07 (.17)	-.26 to .40	0.17	.02 (.04)	-.06 to .10	.17	.02 (.04)	-.06 to .10
PCOMS*time (ref. PP*time)	9.84**	-.1 (.05)	-.26 to -.06	5.40*	-.12 (.05)	-.23 to -.02	4.32*	-.10 (.05)	-.19 to -.006	.66	.10 (.13)	-.15 to .36	5.67*	-.11 (.05)	-.21 to -.02	6.47*	-.12 (.05)	-.21 to -.03
Model 2. PCOMS vs. Standard																		
PCOMS (ref. Standard)	6.22*	.25 (.1)	.05 to .44	2.9	.19 (.11)	-.03 to .40	1.45	.13 (.11)	-.08 to .35	.17	-.16 (.39)	-.94 to .61	2.46	.16 (.10)	-.04 to .36	3.29	.18 (.10)	-.01 to .38
Time	4.26*	-.08 (.04)	-.16 to -.01	7.2**	-.08 (.03)	-.13 to -.02	5.12*	-.09 (.04)	-.17 to -.01	3.06	-.23 (.13)	-.49 to .03	7.73**	-.09 (.03)	-.15 to -.03	6.86**	-.08 (.03)	-.15 to -.02
PCOMS* time (ref. Standard * time)	5.34*	-.14 (.06)	-.26 to -.02	10.72**	-.17 (.05)	-.28 to -.07	2.94	-.09 (.05)	-.20 to .01	.04	.03 (.15)	-.27 to .33	648*	-.13 (.05)	-.23 to -.03	7.22**	-.14 (.05)	-.24 to -.04

Note: PCOMS= Partners for Change Outcome Management System. PP= Psychotherapeutic Preferences. CI= Confidence Interval. ** $p < .01$. * $p < .05$.

therapists in all three evaluations, while for the other two, adherence was acceptable only in the first administration, but not in the second or third.

Interviews with Therapists. Therapists from G2 found no difficulties in implementing PCOMS, only mentioning that it took a bit of time as the administration was on paper, but it was not a significant issue. Therapists from G3 stated that client preferences were mainly considered in the early sessions of treatment, but less so afterward. They found it important to also evaluate these preferences during the course of treatment.

Discussion

This study aimed to compare the effectiveness of two types of treatments: psychotherapy based on Routine Outcome Monitoring (ROM) using PCOMS (G2) and psychotherapy adjusted to clients' role preferences (G3). It is the first study conducted in our context evaluating these treatment modalities. The findings show that psychotherapy monitored with PCOMS, from G2, produced better results than psychotherapy adjusted to client preferences, from G3, and the standard treatment, from G1.

To evaluate the results, the CORE OM was used, taking into account each of its dimensions and the total score. In all its dimensions, namely Symptoms/Problems; Well-being, and Functioning, the results show a significant superiority psychotherapy monitored with PCOMS, as does the total scale. Furthermore, time would amplify the treatment effects.

In the only dimension where no significant differences were found between the treatments nor noteworthy interactions with time, it was in the risk dimension, suggesting that time is the main factor in improving the reduction of perceived risk. One reason this might have occurred is due to characteristics of the sample.

The results of the present study align with those reported in the meta-analysis by Østergård et al. (2020). They found that PCOMS had a moderate effect in counseling settings with less severely affected clients, a similar population to the one worked with in this study. However, they argue that the results of studies on PCOMS in counseling settings could be influenced by bias due to researcher loyalty and the use of the ORS as the sole outcome measure. The eight studies in the meta-analysis, conducted in counseling settings, used the ORS as the only outcome measure, and seven of them were carried out in cooperation with the "Heart and Soul of Change Project" (2017), with B. L. Duncan and/or R. J. Reese as coauthors (cited in Østergård et al., 2020). However, the present study provides evidence of the superiority of PCOMS without the previously mentioned biases, the use of ORS as an outcome measure, or researcher loyalty. Although the ORS and SRS scales were completed in front of the therapist, the CORE OM was used to evaluate the results, avoiding the social desirability bias suggested by Østergård et al. (2020).

One possible explanation for the results related to ROM is that a measurement-based approach, with feedback as a central psychotherapeutic process, enhances therapist interventions (Lutz et al., 2022). Additionally, ORS and SRS are brief scales, and clients prefer short measures to monitor treatment progress (Thew et al., 2015). We hypothesize that ROM was more effective because patients were informed about the rationale behind its implementation and understood that the ORS is not a symptom-focused scale, but rather a tool designed to assess progress based

on collaboratively established goals. This may have contributed to clients feeling more empowered and actively engaged in the therapeutic process. Furthermore, both the ORS and the SRS were likely used as instruments to facilitate clinical dialogue and to foster greater involvement in treatment. This hypothesis aligns with the meta-themes proposed in the work of Solstad et al. (2019). Additionally, data were reviewed collaboratively with clients, as suggested by some authors (Hepner et al., 2019). In a recent meta-analysis, Jonášová et al. (2024) reported that monitoring serves three main purposes: (1) providing valuable information that might otherwise be overlooked; (2) acting as a communication tool for clinically essential conversations; and (3) offering a structure to help therapists and clients stay focused on therapy goals while promoting a flexible and dynamic approach to care. These principles may have played a role in G2 outcomes in the present study, as both the ORS and SRS aim to facilitate clinical dialogue by focusing on relevant information and centering on goals agreed upon with clients.

The literature suggests that preference-based personalization can optimize the therapeutic alliance and outcomes when applied continuously (Li et al., 2024). In our study, intermittent adherence (focused only on the initial sessions) resulted in a treatment that, from the fourth session onward, resembled the standard approach. This inconsistency helps explain why, despite an early positive effect, sustained advantages were not observed.

In other words, the therapist's lack of adherence to the treatment may be one of the reasons why the use of Routine Outcome Monitoring with feedback was superior. It is important to highlight that in the second assessment (third treatment session), there was a significant improvement in this group, which was not sustained in later evaluations. One explanation for this phenomenon is that when therapists considered client preferences, better results were achieved in the second assessment (third session), but these improvements did not persist throughout the treatment due to the therapists' lack of adherence. This aligns with findings from a qualitative study (Li et al., 2024), where clients found the personalization of treatment more useful than a generic approach. Therefore, rather than questioning the value of preferences, our data highlight the importance of support mechanisms—such as protocols, electronic reminders, or focused supervision—that help therapists incorporate preferences throughout the entire treatment.

Considering the final outcome of treatments based on client preferences, the findings of this study align with recent research that used PEX-1 to assess therapeutic preferences and found no statistically significant matching effect for the five activity types measured by the scale (Faye Jacobsen et al., 2024). Similarly, a recent study on 470 outpatients found no relationship between role or activity preferences and psychotherapy outcomes (Cooper et al., 2022). These results are also consistent with the meta-analysis conducted by Windle et al. (2020), which found no significant effect of client preference on clinical outcomes, and the recent study by Eigenhuis et al. (2024), which also found no significant effect on outcomes in clients with symptoms of depression and anxiety; the most frequent presenting problems among participants in the present study.

Limitations and Strengths

Due to the naturalistic design of this study and the difficulty in accessing the clinical population, a priori statistical power

analysis was not conducted. However, post hoc power analyses are often discouraged in the literature because they can yield misleading results, particularly when based on observed effect sizes. Instead, our analyses used Generalized Estimating Equations (GEE), which are robust for small to moderate sample sizes and suitable for repeated measures with missing data. Nevertheless, we acknowledge that the relatively small sample size is a limitation and recommend that future studies include larger and more diverse samples to strengthen statistical power. The therapists' gender was exclusively female, although previous studies suggest that this does not impact psychotherapy outcomes (Wampold & Imel, 2015). Due to the characteristics of the care system, clients were not randomly assigned to groups. While this implies less control over variables, it also increases the generalizability of the findings. The PCOMS system was used as a clinical tool to facilitate dialogue with clients, but no algorithms were employed to determine the expected response for each client. Another limitation was that therapists in the G3 group considered client preferences during the initial treatment sessions, but after the fourth session, the degree of attention given to these preferences was not consistent. To ensure adherence to the assessment of preferences and to tailor interventions accordingly, the following are recommended: specific training on how to collect, update, and apply role preferences throughout the process; use of technological supports that remind the therapist to review preferences and co-plan goals; and clinical supervision that includes session review and feedback on the consistent use of preference information.

In the previously mentioned meta-analysis (Østergård et al., 2020), the authors highlighted those prior studies had a high risk of bias due to the lack of blinding in outcome assessments and the use of the ORS as both an intervention tool and an outcome measure. A key strength of the present study is that it involved blinded evaluators and used a different scale from the ORS to assess psychotherapy outcomes.

Another strength is that this work is framed within the Practice-Oriented Research Paradigm (POR) (Castonguay et al., 2021). Providing high ecological validity by more accurately reflecting what happens in the real world, since it involves neither selected patients nor artificial settings, but rather clinical practice as it occurs daily. The participation of actual clinicians, with treatments delivered by therapists working under typical conditions—not by expert researchers specially trained for the study. It incorporates the complexity of clinical work; instead of controlling all variables, it accepts the diversity of clients, therapist styles, and dynamic changes as part of the process. This makes it more faithful to clinical reality.

The therapists in this study implement the usual evidence-based treatment with the incorporation of client preference assessment and routine monitoring. The research was conducted in a real consultation context, the sampling was naturalistic, the exclusion criteria were those of the intervention program, and as mentioned earlier, clients sought consultation on a voluntary basis and were not randomized. Additionally, therapists were interviewed at the end of the project to assess how the work had turned out, with a focus on future research.

In addition to the strengths and limitations previously discussed, it is important to consider certain cultural and systemic aspects of the Argentine context that may have influenced the

observed outcomes. First, the mental health system in Argentina is marked by considerable heterogeneity, with the coexistence of diverse theoretical orientations (psychoanalytic, humanistic, cognitive-behavioral, systemic), and a historical predominance of psychoanalysis in both undergraduate and postgraduate training. However, the therapists participating in the Psychotherapy Training and Development Program were not psychoanalysts, but rather professionals who deliberately chose an evidence-based training path, which may have shaped their conceptualization of psychotherapy. This may have fostered greater openness to assessment models such as PCOMS, which provide an external and objective tool to guide the clinical process. Moreover, data-informed feedback may be perceived as more persuasive and legitimate within a professional framework that values technical and measurable components, potentially accounting for its greater impact in this sample. Therefore, the results observed may be at least partially mediated by these cultural and training-related specificities. Future research should further explore how such factors modulate the relative effectiveness of different client-centered strategies.

In Argentina, the implementation of measurement-based care using PCOMS has not been evaluated until now. Furthermore, there is no local precedent for adjusting psychotherapy treatments according to clients' role or activity preferences.

This study provides novel local evidence: psychotherapy informed by ROM with PCOMS improves clinical outcomes compared to standard treatment and preference-tailored psychotherapy when therapists' adherence to those preferences is not sustained. For Argentine practice, these findings highlight the usefulness of integrating continuous feedback systems and the need for training and technological strategies that keep preference-based personalization active throughout the therapeutic process. Future research should include larger samples, client randomization, and support mechanisms to validate the independent impact of sustained preferences on psychotherapy effectiveness.

Conflict of Interest

Los autores no tienen conflictos de interés.

Declaration of Authorship

Pablo R. Santangelo: Project administration, methodology, supervision, conceptualization, and writing. Karina Conde: Data curation, formal analysis. Gabriela Millaman Rickert: Data curation, formal analysis, writing. Marcos Mattiello: Drafting, writing, and data collection. Germán Lao: Review, editing, and data collection. Victoria Pocorena: Review, drafting, and data collection.

Financing

National University of Mar del Plata.

References

- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693–704. <https://doi.org/10.1037/a0016062>

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Barber, J., & Resnick, S. G. (2023). *Collect, Share, Act: A transtheoretical clinical model for doing measurement-based care in mental health treatment. Psychological Services*, 20(Suppl 2), 150–157. <https://doi.org/10.1037/ser0000629>
- Barkham, M., De Jong, K., Delgadillo, J., & Lutz, W. (2023). Routine outcome monitoring and feedback in psychological in therapies. Open University Press. Mackgraw Hill.
- Bovendeerd, B., De Jong, K., De Groot, E., Moerbeek, M., & De Keijser, J. (2022). Enhancing the effect of psychotherapy through systematic client feedback in outpatient mental healthcare: A cluster randomized trial. *Psychotherapy Research*, 32(6), 710–722. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2015637>
- Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Gråwe, R. W., Klöckner, C., Linaker, O. M., Ryum, T., Wampold, B., Lara-Cabrera, M. L., & Iversen, V. C. (2018). The effects of routine outcome monitoring (ROM) on therapy outcomes in the course of an implementation process: A randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65(5), 641–652. <https://doi.org/10.1037/cou0000286>
- Calsyn, R. J., Winter, J. P., & Morse, G. A. (2000). Do consumers who have a choice of treatment have better outcomes? *Community Mental Health Journal*, 36(2), 149–160. <https://doi.org/10.1023/a:1001890210218>
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Youn, S. J., & Page, A. C. (2021). Practice-based evidence—Findings from routine clinical settings. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., pp. 191–222). John Wiley & Sons, Inc.
- Clinton, D., & Sandell, R. (2014). Psychotherapy Preferences and Experiences Questionnaire (PEX). A short introduction.
- Connors, E. H., Janse, P., de Jong, K., & Bickman, L. (2024). The use of feedback in mental health services: Expanding horizons on reach and implementation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 52, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01426-7>
- Cooper, M., Duncan, B., Golden, S., & Toth, K. (2021). Systematic client feedback in therapy for children with psychological difficulties: Pilot cluster randomised controlled trial. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(1), 21–36. <https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1647142>
- Cooper, M., Norcross, J. C., Raymond-Barker, B., & Hogan, T. P. (2019). Psychotherapy preferences of laypersons and mental health professionals: Whose therapy is it? *Psychotherapy*, 56(2), 205. <https://doi.org/10.1037/pst0000226>
- Cooper, M., Stewart, D., Sparks, J., & Bunting, L. (2013). School-based counseling using systematic feedback: A cohort study evaluating outcomes and predictors of change. *Psychotherapy Research*, 23(4), 474–488. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735777>
- Cooper, M., van Rijn, B., Chrysafidou, E., & Stiles, W. B. (2022). Activity preferences in psychotherapy: What do patients want and how does this relate to outcomes and alliance? *Counselling Psychology Quarterly*, 35(3), 503–526. <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.1877620>
- Delevry, D., & Le, Q. A. (2019). Effect of treatment preference in randomized controlled trials: Systematic review of the literature and meta-analysis. *Patient* 12, 593–609. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00379-6>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3–12.
- Duncan, B. L., Reese, R. J., Lengerich, A. J., DeSantis, B., Comeau, C. V., & Johnson-Esparza, Y. (2021). Measurement-based care in integrated health care: A randomized clinical trial. *Families, Systems & Health: the Journal of Collaborative Family Healthcare*, 39(2), 259–268. <https://doi.org/10.1037/fsh0000608>
- Duncan, B., & Sparks, J. (2019) *The partners for change outcome management system. Sistema de socios para la gestión del cambio. Manual de elearning integrado para PCOMS*. Better Outcomes Now.
- Eigenhuis, E., van Buuren, V. E., Boeschoten, R. E., Muntingh, A. D., Batelaan, N. M., & van Oppen, P. (2024). The effects of patient preference on clinical outcome, satisfaction and adherence within the treatment of anxiety and depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(3), e2985. <https://doi.org/10.1002/cpp.2985>
- Faye Jacobsen, C., Karstoft, K. I., Falkenström, F., Nielsen, J., Lunn, S., & Poulsen, S. (2024). Client preferences, therapy activities and preference-activity match as predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 35(5), 777–792. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2353358>
- Fierro, C. (2020). *Formación de grado en psicología en Argentina: periodo 2009-2015*. [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de San Luis, Argentina]. http://www.neu.unsl.edu.ar/?page_id=569
- Hepner, K. A., Farmer, C. M., Brooks Holliday, S., Bharil, S., Kimerling, R. E., McGee-Vincent, P., McCaslin, S. E., & Rosen, C. (2019). *Displaying behavioral health measurement based care data: Identifying key features from clinician and patient perspectives*. RAND Corporation. <https://doi.org/10.7249/RR3078>
- Hess, T. (2017). *Client preference: Does simply asking make a difference?* (Doctoral dissertation). Southern Illinois University at Edwardsville.
- Jonašová, K., Čevelíček, M., Doležal, P., & Řiháček, T. (2024). Psychotherapists' experience with in-session use of routine outcome monitoring: A qualitative meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 52, 106–122 (2025). <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01348-4>
- Kodet, J., Reese, R. J., Duncan, B. L., & Bohanske, R. T. (2019). Psychotherapy for depressed youth in poverty: Benchmarking outcomes in a public behavioral health setting. *Psychotherapy*, 56(2), 254–259. <https://doi.org/10.1037/pst0000234>
- Li, E., Kealy, D., Aafjes-van Doorn, K., McCollum, J., Curtis, J. T., Luo, X., & Silberschatz, G. (2024). “It felt like i was being tailored to the treatment rather than the treatment being tailored to me”: Patient experiences of helpful and unhelpful psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 35(5), 695–709. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2360448>
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLear, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 506–517. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.002>
- Lutz, W., Schwartz, B., & Delgadillo, J. (2022). Measurement-based and data-informed psychological therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18(1), 71–98. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071720-014821>
- McLeod, J. (2015). Client preferences: building bridges between therapy and everyday life. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 3(1). <https://doi.org/10.59158/001c.71148>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of brief Therapy*, 2(2), 91–100.

- Østergård, O. K., Randa, H., & Hougaard, E. (2020). The effect of using the partners for change outcome management system as feedback tool in psychotherapy—A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research, 30*(2), 195-212. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1517949>
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*(4), 418-431. <https://doi.org/10.1037/a0017901>
- Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 616-630. <https://doi.org/10.1037/a0021182>
- Santangelo, P. R. (2020). Programa de formación y entrenamiento en psicoterapia: Fundamentos teóricos e implementación. *Revista de Psicoterapia, 31*(117), 331-346.
- Santangelo, P. R., & Conde, K. (2023). Preferencias psicoterapéuticas: versión argentina de las escalas PEX-1 y C-NIP-v1. 1. *Revista de Psicología (PUCP), 41*(1), 401-420.
- Santangelo, P. R., Conde, K., Schupp, H., & Paoloni, N. (2021). Evaluación en psicoterapia: Propiedades psicométricas de la versión argentina de la Escala de Calificación de Resultados y la Escala de Calificación de Sesiones. *Revista de Psicoterapia, 32*(119), 165-180. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.503>
- Santangelo, P. R., Grave, L., Lao, G., Mattiello, M., & Millaman Rickert, G.E. (2022). *Escala de Calificación de Resultados*. IX Congreso Internacional Marplatense de Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. <https://www.mdp.edu.ar/index.php/noticias-de-la-universidad/780-ix-congreso-marplatense-internacional-de-psicologia>
- Schuman, D., Slone, N., Reese, R. J., & Duncan, B. (2014). Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research, 25*(4), 396-407. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.900875>
- She, Z., Duncan, B. L., Reese, R. J., Sun, Q., Shi, Y., Jiang, G., ..., & Clements, A. L. (2018). Client feedback in China: A randomized clinical trial in a college counseling center. *Journal of Counseling Psychology, 65*(6), 727-737. <https://doi.org/10.1037/cou0000300>
- Slone, N. C., Reese, R. J., Mathews-Duvall, S., & Kodet, J. (2015). Evaluating the efficacy of client feedback in group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 19*(2), 122-136. <https://doi.org/10.1037/gdn0000026>
- Solstad, S. M., Castonguay, L. G., & Moltu, C. (2019). Patients' experiences with routine outcome monitoring and clinical feedback systems: A systematic review and synthesis of qualitative empirical literature. *Psychotherapy Research, 29*(2), 157-170. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1326645>
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(4), 368-381. <https://doi.org/10.1002/jclp.20553>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1924-1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2019). Preferences. In J. C. Norcross & B. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume II: Evidence-based therapist contributions*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0006>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 301-315). Oxford University. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0015>
- Thew, G., Fountain, L., & Salkovskis, P. (2015). Service user and clinician perspectives on the use of outcome measures in psychological therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist, 8*, E23. <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000598>
- Tompkins, K. A., Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2013). Working with clients by incorporating their preferences. *Psychotherapy, 50*(3), 279-283. <https://doi.org/10.1037/a0032031>
- Urbaniak, G. C., & Plous, S. (2013). *Research randomizer (Version 4.0)* [Computer software]. Retrieved on February 26, 2021, from <http://www.randomizer.org/>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Windle, E., Tee, H., Sabitova, A., Jovanovic, N., Priebe, S., & Carr, C. (2020). Association of patient treatment preference with dropout and clinical outcomes in adult psychosocial mental health interventions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 77*(3), 294-302. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3750>

Artículo

Alucinaciones o Presencias del Duelo en Psicoterapia

Pablo Sabucedo 

Faculty of Health and Life Sciences, University of Liverpool (Reino Unido). Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación,
Universitat Oberta de Catalunya (UOC) (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 23/06/2025
Aceptado: 29/08/2025

Palabras clave:

Psicoterapia
Pérdida
Duelo
Voces

RESUMEN

Entre el 47-82 % de las personas en duelo experimenta la presencia de la persona fallecida, a menudo en forma de visiones, voces o presencias sentidas. Aunque la mayoría las experimenta de forma positiva (69-75 %), es frecuente que los pacientes no las compartan en sesión por miedo a cómo serán percibidas por los demás. Como consecuencia, y a pesar de ser tanto frecuentes como adaptativas, las alucinaciones o presencias del duelo suelen ser desconocidas en la práctica clínica. En una minoría de casos, la experiencia en sí causa malestar psicológico. Esta breve revisión de la literatura se centra en la investigación empírica sobre las alucinaciones o presencias del duelo acumulada durante el último siglo, describiendo tanto sus características fenomenológicas como sus consecuencias para las personas en duelo. En base a esta evidencia empírica, la revisión concluye con una serie de recomendaciones clínicas para el trabajo terapéutico en este ámbito.

Post-Bereavement Hallucination (or Sensed Presence) in Psychotherapy

ABSTRACT

Between 47-82 % of bereaved people experience the presence of the deceased person, often in the form of a vision, voice, or felt presence. Although positive for most people (69-75 %), such experiences are often kept private out of a fear of how other people may react. As a result of this, and despite being common and adaptive, post-bereavement hallucination (or sensed presence) is often overlooked in clinical practice. In a minority of cases, the experience itself causes distress. This brief review focuses on the empirical research on these phenomena accumulated over the past century, describing both their phenomenological properties and their impact on the bereaved. Based on this body of empirical evidence, a series of clinical principles is included in order to guide therapeutic support in this area.

Keywords:

Psychotherapy
Loss
Grief
Voices

Introducción

La mayoría de las personas en duelo (47-82 %) sienten la presencia de la persona que perdieron, en al menos una ocasión durante el proceso de duelo, mediante al menos una modalidad sensorial (Kamp et al., 2020). Respecto a la población general, es posible que hasta el 3 % haya tenido estas experiencias (Linszen et al., 2022). Para la mayoría, esto supone ver a la persona fallecida o escuchar su voz. La modalidad más común, sin embargo, es lo que se denomina “presencia sentida”: la sensación de que el ser querido está presente de alguna manera, o físicamente cerca, aunque la

persona doliente (es decir, la persona en duelo) no le pueda percibir. Otras modalidades sensoriales, como las experiencias táctiles, son poco frecuentes, aunque las experiencias multisensoriales (p. ej., visual-auditiva, visual-táctil) son también comunes (Rees, 1971).

A pesar de que la investigación empírica sobre este fenómeno se ha multiplicado durante las últimas décadas, persiste un claro desacuerdo sobre el término apropiado para referirse a estas experiencias. Los pioneros en el ámbito se refirieron a ellas como “alucinaciones del duelo” (Grimby, 1993; Rees, 1971), un término utilizado también en el DSM-5 (APA, 2013). A pesar de la claridad del término “alucinación”, implica dos limitaciones clave en el

ámbito del duelo: una conceptual, otra clínica. En primer lugar, el término no incluye las presencias sentidas, experiencias cuasi-sensoriales que no implican ninguno de los cinco sentidos. En segundo lugar, la palabra “alucinación” carga con un estigma social que la asocia a psicosis, delirio o incluso violencia (Leudar y Thomas, 2000), por lo que puede ser contraproducente al usarse en consulta. Aunque las alucinaciones no son exclusivas de la psicosis, ni inherentemente patológicas (Baumeister et al., 2017; Beavan et al., 2011; Pérez-Alvarez et al., 2008), el término puede exacerbar miedos ya existentes o dañar la relación terapéutica.

Debido a estas razones, varias investigadoras han priorizado términos fenomenológicamente más neutrales como sensaciones o experiencias de presencia (Hayes y Leudar, 2016; Keen et al., 2013; Steffen y Coyle, 2010). Aunque ello soluciona los problemas derivados del estigma en la práctica clínica, también ha llevado a una proliferación terminológica que no es siempre directamente traducible del inglés. La especificidad de los términos, por otra parte, crea una división artificial con otras clases de alucinaciones o estados alterados de conciencia que se les asemejan.

Independientemente del término, existe un consenso en base a la evidencia empírica respecto a que las alucinaciones o presencias del duelo: (a) no son patológicas, (b) no se acompañan de pérdida de contacto con la realidad, y (c) son experimentadas de forma positiva por la mayoría de las personas dolientes (Kamp et al., 2020). Este ámbito de investigación, sin embargo, ha tenido una influencia limitada en la práctica de la psicoterapia: con frecuencia, el clínico desconoce que son frecuentes y adaptativas (Sabucedo et al., 2021a). Dado que quien las experimenta tiende a no compartirlas con su médico o terapeuta (Rees, 1971), nos encontramos con el riesgo de que un aspecto normal del duelo quede situado fuera de la conversación terapéutica, rodeado por preocupación e incompreensión. Este artículo está dirigido a informar al clínico respecto a la investigación científica contemporánea sobre las alucinaciones o presencias del duelo, y a proponer estrategias terapéuticas para trabajar con ellas. El texto concluye con un modelo de intervención psicológica basado en la evidencia empírica disponible.

Fenomenología

Las alucinaciones o presencias del duelo pueden ocurrir en niveles variables de duración, nitidez e intensidad (Kamp et al., 2023). Quienes las experimentan describen con frecuencia sensaciones que son difusas o confusas: tener la impresión de ver a su ser querido por el raballo del ojo, por ejemplo, o verlo desaparecer tras un umbral en un pasillo. Otras personas describen lo contrario, experiencias de extrema claridad como mantener una conversación con la persona que perdieron durante varios minutos, o verla durante un tiempo prolongado. Es frecuente que las personas dolientes lo experimenten en una o pocas ocasiones y, para la mayoría, las experiencias se desvanecen con el paso del tiempo. Una minoría, sin embargo, continúa experimentándolos con frecuencia durante años (Rees, 1971). Son más complejas de describir las características fenomenológicas de las presencias sentidas, puesto que no tienen por qué implicar ninguno de los cinco sentidos clásicos: se prefiere hablar de experiencias cuasi-sensoriales en esos casos (Kamp et al., 2020; Steffen y Coyle, 2011). Las presencias sentidas suelen implicar la sensación de que la persona fallecida o bien está presente, o bien les está observando, protegiendo o acompañando. Ejemplos

contextualizados de experiencias concretas, descritas en entrevistas en contextos de investigación (Sabucedo et al., 2021b, pp.9-13) o por pacientes en sesión, se muestran de forma anonimizada en las tablas que acompañan al texto (Tabla 1).

Es importante remarcar, sin embargo, que casi siempre se conserva el contacto con la realidad: la persona es consciente de que otras personas no pueden percibir a su ser querido de la misma forma en que ella lo hace. Quienes las experimentan, sin embargo, las describen con frecuencia como algo que sienten como verídico (Grimby, 1998). Se percibe, a menudo, una cierta inefabilidad cuando intentan describirlas verbalmente: por una parte, la persona es consciente de que sólo ellos lo perciben, por lo que la experiencia no es *real* en el uso coloquial del término; por otra parte, se siente convencida de la importancia esencial de lo que ha vivido, negando con insistencia la idea de que sea nada más que una ilusión. Tampoco es extraño, sin embargo, que algunas personas en duelo las clasifiquen a posteriori como autoengaños, ilusiones o meros síntomas. No se incluyen, sin embargo, experiencias que no ocurren durante la vigilia, como las experiencias cercanas a la muerte comunes en el paro cardíaco, o los sueños percibidos por la persona como verídicos.

Si nos centramos en la valencia emocional, en torno al 69-75 % de las alucinaciones o presencias del duelo son deseadas, reconfortantes o beneficiosas para quienes las experimentan (Rees, 1971; Grimby, 1993). Es frecuente que los participantes en estudios de investigación describan un alivio en su malestar psicológico o su desesperanza, o la sensación de sentirse acompañados o aliviados (Kamp et al., 2020; 2023). Puesto que no van acompañadas de patología, la evidencia empírica indica que las alucinaciones o presencias del duelo son un componente común, normal e incluso beneficioso del duelo humano que suele desvanecerse con el paso del tiempo.

El hecho de que sean positivas para la mayoría de las personas en duelo no niega que algunos las experimenten con ambivalencia o, incluso, como una fuente significativa de malestar psicológico. Aunque los datos respecto a esta minoría son limitados, es posible que las experiencias mixtas sean más frecuentes, en torno al 20-26 %, que aquellas puramente desagradables, en torno al 5-6 % (Rees, 1971; Jahn y Spencer-Thomas, 2014). Alucinaciones o presencias asociadas a malestar psicológico elevado, sin embargo, han sido descritas en algunos estudios de caso (Baethge, 2002).

Tabla 1

Ejemplo de una Experiencia Visual (Arriba) Versus Multisensorial (Abajo)

H., un profesor universitario de 54 años, comenzó a ver a su padre poco después de la pérdida. Unas semanas tras su muerte, durante una cena en casa de un amigo, tuvo lo que describió como “la experiencia más conmovedora de su vida”. Estaba sentado en la mesa con sus amigos cuando, de repente, “tenían una butaca, y podía ver a mi padre sentado en ella, en esa butaca. Pensé, a ver, ¿esto es ridículo! Así que miré de nuevo, y me sonrió. Tenía buen aspecto, su aspecto habitual: llevaba la ropa que siempre llevaba, y como una chaqueta de tweed”. La experiencia dejó a H. con una “profunda sensación de aceptación y amor”.

G., una mujer de 32 años, perdió a su madre en un accidente de coche. Conduciendo hacia la casa familiar, G. sentía su presencia de forma constante: “siempre como un tipo de... y espero que no suene demasiado extraño, pero como una sensación de que sé que está cerca [...] Durante el entierro, G. se vio obligada a enfrentarse a algunos familiares mientras se sentía vulnerable. Tras la discusión, escuchó la voz de su madre dándole ánimos, y diciéndole “bravo”. G. siguió hablando con ella durante un año tras la pérdida, sintiendo su presencia, y sintiendo su mano en la suya al caminar.

Investigación Temprana

Paradójicamente, a pesar de ser poco conocidas en la práctica clínica, las alucinaciones o presencias del duelo ya fueron descritas en detalle por los teóricos fundacionales de la Psicología y la Psiquiatría. La investigación en el ámbito comenzó a finales del siglo XIX, con una encuesta internacional a más de 17.000 participantes sobre las “alucinaciones en personas sanas” (Sidgwick, 1894). William James colaboró como entrevistador del estudio en Estados Unidos, les dedicó unas líneas en sus *Principios de Psicología*, y fue el primero en describir fenomenológicamente las presencias sentidas en su obra *Variedades de la experiencia religiosa* (James, 1902, p.58). Si bien James se aproximó a estas experiencias desde una perspectiva normalizadora, Sigmund Freud (1917) las consideró como un bloqueo en el proceso de separación emocional de la persona fallecida. Será esta perspectiva psicoanalítica la que dominará durante la mayoría del siglo XX, interpretando las alucinaciones o presencias del duelo como una complicación en el proceso del duelo o, más específicamente, de la aceptación de la pérdida. Para autores como Bowlby (1961) y Parkes (1970), la persona doliente debe atravesar una serie de fases preestablecidas antes de ser capaz de continuar con su vida. Para Parkes, las alucinaciones o presencias del duelo indican una parálisis en la fase de anhelo o búsqueda, mediante la cual la persona en duelo continúa viviendo como si su ser querido aún estuviese presente, o pudiese ser recuperado.

Investigación Contemporánea

Será en la década de 1970, gracias a la investigación pionera de Rees (1971), cuando se retome la investigación empírica sobre este fenómeno en la población general. Entrevistando a 293 personas viudas en atención primaria, Rees encontró una prevalencia de alucinaciones o presencias del duelo del 47 %. Las presencias sentidas suponían la mayoría del total, seguidas de experiencias visuales y auditivas (Figura 1). Con frecuencia, las experiencias continuaron durante un año o más, y un 11 % de

las personas entrevistadas describieron sentir una presencia sentida de forma continuada. Aunque la mayoría las experimentaron de forma positiva, el 72 % nunca compartió su experiencia con nadie por miedo a no ser creído, a ser ridiculizado o rechazado: “me da miedo decírselo a nadie”, “la gente no te cree”, “quizá se reirían de mí, dirían que estaba soñando” (Rees, 2001, p.271). A pesar de ello, en palabras de Rees, “las alucinaciones tras enviudar son experiencias normales que proporcionan beneficios psicológicos a quien las experimenta” (Rees, 1971, p.41), tales como sentirse acompañado, protegido, aceptado o reconfortado (Kamp et al., 2023).

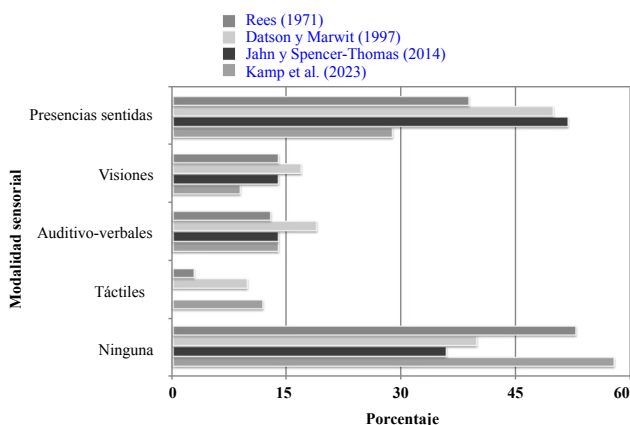
Este descubrimiento impulsó una serie de investigaciones internacionales en tres continentes, Europa, Norteamérica, y Asia, que replicaron los resultados de Rees (Castelnovo et al., 2015; Kamp et al., 2020, Keen et al., 2013). Estos estudios establecieron que la mayoría de las personas en duelo, independientemente de su grupo de edad, tipo de pérdida o afiliación religiosa, experimentan la presencia de la persona que perdieron, y lo hacen principalmente de forma positiva. La antigua premisa de que las alucinaciones y/ presencias del duelo son, en sí mismas, una patología indicativa de un mal pronóstico (Lindemann, 1944), un bloqueo patológico en el proceso de duelo (Parkes, 1970) o incluso pérdida de contacto con la realidad (Freud, 1917), fue sustituida progresivamente por la perspectiva de que son “un fenómeno psicológico y un componente natural, y generalmente saludable, del proceso de duelo” (Datson y Marwit, 1997, p. 132).

A finales del siglo XX, la psicoterapia del duelo en sí misma ya había comenzado a cambiar. Se ponen en cuestión, en primer lugar, los antiguos modelos de etapas del duelo en base a la evidencia en contra: no hay evidencia de que los procesos de duelo sean lineales, pero sí que tales modelos pueden ser iatrogénicos (es decir, dañinos de forma no intencional para el paciente) para quien su experiencia no encaja con ellos (Stroebe et al., 2017). Se establecen, en su lugar, teorías como el modelo dual del duelo (Stroebe y Schut, 1999), que sostiene que las personas dolientes oscilan entre momentos de conexión con el dolor (afrontamiento centrado en la pérdida) versus momentos en que priorizan continuar con sus actividades habituales (afrontamiento centrado en la restauración). En segundo lugar, y en base a la evidencia transcultural disponible, se cuestiona la premisa de que el duelo deba concluir con la separación emocional del ser querido. El trabajo de Klass y Steffen (2017) normaliza la posibilidad de mantener un vínculo adaptativo e interno con la persona fallecida, lo que denominan un “vínculo continuado”. Los vínculos continuados incluyen formas de recordar a la persona tras su muerte, tanto religiosamente establecidas (como visitar el cementerio, o rezar por ellos, o cuidar un altar en algunas culturas) como privadas (como compartir recuerdos de ellos, seguir comprometiéndose con valores que compartían o atesorar objetos con valor sentimental), pero a menudo también incluyen alucinaciones o presencias del duelo.

Implicaciones Clínicas

Esta sección incluye una síntesis de las recomendaciones clínicas más recientes respecto a las alucinaciones o presencias del duelo en psicoterapia (Kamp et al., 2020; Keen et al., 2013; Hayes y Steffen, 2017; Sabucedo et al., 2021a, 2023; Steffen y Coyle, 2010) en base

Figura 1
Modalidades Sensoriales de las Alucinaciones o Presencias del Duelo



Nota: Porcentajes de las modalidades sensoriales (y cuasi-sensoriales) descritas por los 293 pacientes del estudio de Rees (1971), contrastados con los resultados más recientes (Datson y Marwit, 1997; Jahn y Spencer-Thomas, 2014; Kamp et al., 2023). Las experiencias multisensoriales son frecuentes: los participantes pueden indicar más de una modalidad.

a la evidencia empírica existente. Dado que teorías históricas sin validez empírica continúan en uso en la práctica clínica (Sabucedo et al., 2021b), y que es frecuente que los pacientes en duelo reciban una atención mejorable (Taylor, 2005), esta sección también clarifica algunos de los principales riesgos iatrogénicos al intervenir en el ámbito. Las recomendaciones terapéuticas se centran en la intervención psicológica tanto cuando estas experiencias causan malestar psicológico, para una minoría de personas en duelo, como cuando son benignas. Es importante remarcar, sin embargo, que es frecuente que las alucinaciones o presencias del duelo no requieran intervención alguna: pueden ser tanto una fuente de apoyo como una forma de buscar sentido a la pérdida. Aunque la literatura científica en el ámbito no está disponible en castellano, la excepción de un estudio de caso de Sluzki (2011) ejemplifica perfectamente varios de estos principios terapéuticos.

Evitación de Riesgos Iatrogénicos

Diagnóstico Erróneo

El primer error implica confundir las alucinaciones o presencias del duelo con un brote psicótico, un riesgo que se reduce de forma considerable cuando el clínico está actualizado sobre la evidencia empírica ya mencionada. Existen los casos, sin embargo, en que la experiencia de la persona en duelo escuchando la voz de su ser querido ha sido confundida con las alucinaciones auditivas de un cuadro psicótico, derivando en un tratamiento innecesario que puede ser perjudicial (Sabucedo et al., 2023; Sluzki, 2011). Aunque se han documentado casos de alucinaciones o presencias del duelo progresando hacia un cuadro psicótico (Baethge, 2002; Shimizu et al., 2017), que deberían ser tratados como tales, la evidencia disponible sugiere que se trata de excepciones muy infrecuentes. A menudo, tales excepciones están relacionadas con dificultades psicológicas previas al duelo (Sabucedo et al., 2021a).

Estigmatización no Intencional

El segundo riesgo, relacionado con el anterior, supone que el clínico intensifique el estigma en torno a estas experiencias al clasificarlas como patológicas o irracionales. Ello también incluye clasificarlas como un bloqueo en las fases del duelo (Taylor, 2005) o un delirio que impide el contacto con la realidad (Hayes y Steffen, 2017). El incremento de la ansiedad resultante, y la dificultad que los pacientes ya suelen experimentar para compartir estas experiencias en sesión, implican el riesgo de cambiar o empeorar la valencia emocional de la experiencia (Sabucedo et al., 2021a, 2021b). De ahí que las recomendaciones terapéuticas contemporáneas se centren en la importancia de normalizar las alucinaciones o presencias del duelo *de forma explícita*, compartiendo información empírica sobre su frecuencia. Que el terapeuta evite el tema en sesión, como indica el estudio de Taylor (2005), puede también incrementar este estigma de forma indirecta, aumentando la sensación de incomprensión o soledad de la persona doliente. Puede ser también conveniente, en lugar de utilizar el término “alucinación” en consulta, referirse directamente a la palabra utilizada por el paciente: sensaciones, conversaciones, visiones, presencias, visitas, etcétera. Especialmente cuando el juicio ontológico implícito en el término “alucinación” (es decir, una percepción que no se corresponde a ningún estímulo

externo) se enfrenta a la creencia religioso-espiritual del paciente que la interpreta como verídica (Hayes y Steffen, 2017; Steffen y Coyle, 2010).

Principios Terapéuticos Generales

Evaluación Desde la Aceptación

Cuando un paciente menciona sus alucinaciones o presencias del duelo en consulta, se recomienda explorar su experiencia con aceptación, apertura mental y respeto cara a la forma en que la interpreta (Sabucedo et al., 2021a). Puede ser de utilidad el acompañarles en una narración detallada de lo que ocurrió, explorando tanto el sentido que tuvo para el paciente, como las consecuencias en su vida (Kamp et al., 2020).

Normalización Desde la Psicoeducación

Si el paciente experimenta ansiedad al compartir su experiencia con el terapeuta, o incluso preocupación por su cordura, se recomienda normalizar las alucinaciones o presencias del duelo compartiendo la evidencia empírica sobre su frecuencia, su valencia, el hecho de que tienden a desaparecer con el tiempo. Ello también implica explicar que no suelen tener relación con problemas de salud mental (Kamp et al., 2020).

Sensibilidad Cultural

La interpretación del terapeuta puede ser significativamente diferente de la del paciente, especialmente cuando no pertenecen a la misma cultura o religión. En consonancia con el artículo 9 del código deontológico (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015), es importante el respetar la perspectiva religioso-espiritual del paciente, prestando atención al lenguaje que utiliza al buscar sentido a la experiencia, o cómo ello encaja con su contexto socio-cultural (Kamp et al., 2020).

Intervención Terapéutica con Experiencias no Deseadas

Dado el estigma que rodea a estas experiencias, la alerta metacognitiva que las rodea (que quienes las experimentan las interpreten como peligrosas o anormales) puede ser el origen del malestar psicológico en sí. La normalización y aceptación en un contexto terapéutico apropiado suele ser suficiente en esos casos. En ocasiones, el manejo adecuado de las experiencias ambivalentes las puede convertir en beneficiosas (Jahn y Spencer-Thomas, 2018), ayudando a la persona doliente a establecer un vínculo continuado que sirva de apoyo psicológico en el proceso de duelo. Aunque la mayoría de las experiencias son benignas, una minoría de alucinaciones o presencias del duelo continúa causando malestar psicológico. La evidencia empírica disponible, procedente tanto de investigaciones con pacientes (Kamp et al., 2020) como de encuestas a terapeutas (Sabucedo et al., 2021a) y estudios de caso (Sabucedo et al., 2023), sugiere las siguientes estrategias terapéuticas en esos casos:

Trabajando la Relación con la Persona Fallecida

A menudo, el malestar psicológico se origina en los problemas preexistentes en la relación interpersonal con la persona que

murió. En algunos casos, se trata de asuntos pendientes que no han podido ser procesados (Hayes y Leudar, 2016), lo que puede ser trabajado en psicoterapia: puede ser la necesidad de despedirse, pero también de expresar la culpa o el resentimiento. Hayes y Steffen (2017) mencionan la silla vacía, o el escribir una carta a la persona fallecida, como ejemplos de técnicas relacionales para trabajar tales dificultades. En otros casos, existe trauma en el pasado relacional (p. ej., abuso, abandono) o la pérdida en sí ocurrió de forma traumática (Sabucedo et al., 2021a). Algunos autores, de hecho, consideran tales experiencias post-traumáticas como parcialmente disociativas (Pérez-Álvarez et al., 2008; Perona-Garcelán et al., 2012). En esos casos, el tratamiento psicológico focalizado en el trauma puede ser conveniente.

Trabajando la Relación con la Experiencia

En ocasiones, cuando el malestar psicológico continúa, puede ser conveniente trabajar de forma práctica cómo se relaciona el paciente con la alucinación o presencia sentida en el aquí-y-ahora: la evitación experiencial de los eventos internos desagradables asociados a la pérdida, por ejemplo, puede multiplicar su intensidad y frecuencia (Sabucedo et al., 2021b). Cuando es el caso, facilitar la exposición a lo temido en sesión (sea mediante la narración detallada de lo ocurrido o la focalización directa en las emociones evitadas) puede ser transformador. En ocasiones, tras la evitación a las alucinaciones o presencias del duelo subyace una evitación de la sensación de vacío que las acompaña (Hayes y Leudar, 2016), o del dolor de la pérdida en sí (véase la Tabla 2).

Trabajando con las Creencias en Conflicto

En ocasiones, el esfuerzo de buscar sentido a la experiencia causa tensión psicológica. La psicoterapia para el duelo se puede considerar como una reconstrucción de significado en sí misma: una conversación mediante la cual explorar la confusión (y la sensación

de caos) que puede emerger tras perder a un ser querido (Neimeyer, 1992; Neimeyer et al., 2023). Una conversación terapéutica tanto abierta como segura, donde el paciente pueda ser acompañado en ese proceso de resolución de una crisis existencial o una disonancia cognitiva, puede ser de utilidad (Hayes y Steffen, 2017). Para algunos, esto supone integrar creencias en conflicto mutuo que coexisten en la misma persona (Steffen y Coyle, 2010): por ejemplo, una persona que oscila entre una explicación materialista (“es solo mi imaginación jugándome una mala pasada” o “mi cerebro no funciona bien cuando estoy tan estresado”), por ejemplo, enfrentada a una religiosa (“viene su espíritu a verme” o “es mi ángel de la guarda”). Para otros, el malestar psicológico puede proceder de que su tradición religiosa censura o prohíbe tales experiencias. Para un último grupo, sin embargo, la angustia se origina en no encontrar marco o forma alguna de integrar sus experiencias en su manera de ver el mundo.

Conclusión

Las alucinaciones o presencias del duelo son un aspecto frecuente y adaptativo del duelo humano. Varían considerablemente en frecuencia e intensidad, pero se dan en todos los sentidos: las presencias sentidas son las más comunes, seguidas de las experiencias visuales y la escucha de voces. Son experimentadas de forma positiva para la mayoría de las personas en duelo, y son descritas a menudo como beneficiosas por los pacientes. Es importante distinguirlas correctamente de las alucinaciones psicóticas, puesto que son mayoritariamente benignas, no tienden a causar malestar psicológico y suelen desvanecerse con el tiempo. Dado que es frecuente que el paciente tema la reacción de los demás, le corresponde al clínico regularlo mediante la psicoeducación, normalizando estas experiencias. Explorar su experiencia con aceptación, mostrando respeto tanto al evento en sí como a la interpretación del paciente, es importante. En la minoría de casos en que permanece el malestar psicológico en torno a la experiencia (véase la Tabla 3) se recomienda: explorar problemas

Tabla 2
Dos Ejemplos de Experiencias No Deseadas

E., un hombre de 33 años, acude a terapia por lo que describe como depresión. En sesión, sin embargo, se hace evidente como lleva tres años sobrellevando el duelo por el suicidio de su padre. Una o dos veces por semana, cuando está solo, siente lo que describe como una ola de inquietud o de vacío, junto con la sensación de que su padre está presente en la habitación, aunque él no pueda verlo o escucharlo. E. describe esa presencia sentida como algo “difícil, muy difícil”, y como algo que le retrotrae a cuando recibió la noticia de la muerte por primera vez. Reacciona a esos momentos saliendo de la habitación, yendo a hacer deporte, o intentando distraerse. A medida que su estado de ánimo se deteriora, sin embargo, E. decide preguntar a un psicólogo: “no quiero hablar de mi padre: lo que pasó, pasó. Sólo quiero librarme de esto, quiero sentirme más centrado en el trabajo”.

N., un hombre de 53 años, acude a terapia tras la muerte de su madre. Describe como, al pasar por el salón o la cocina, tiene lo que denomina “visiones” de ella. Lo ha hablado únicamente con su hermana, porque ella dice que también la ha visto: evita entrar en la antigua habitación de su madre, puesto que la ve allí con mayor intensidad. N. siente angustia, y miedo, al ver a su madre fallecida: se le acelera el corazón, le sudan las manos, y sale de la habitación donde ocurre al momento. Las emociones permanecen con él un tiempo, y le hacen pensar en la enfermedad de la que falleció su madre, y en el miedo a perder otros seres queridos. N. cree que es importante comprender el significado de sus visiones: cree que eso le ayudará a aliviar el impacto emocional que tienen en él.

Tabla 3
Recomendaciones Clínicas Para el Trabajo con Alucinaciones o Presencias del Duelo en Psicoterapia

Evitación de riesgos iatrogénicos	Principios terapéuticos generales	Intervención con experiencias no deseadas
Actualización clínica para evitar la confusión con las alucinaciones auditivas propias de la psicosis, que pueden resultar en diagnósticos erróneos.	Evaluar las experiencias con <i>aceptación</i> , acompañando al paciente en la narración detallada de los hechos.	Explorar si existen problemas preexistentes en la <i>relación con la persona fallecida</i> , como asuntos pendientes, o trauma relacional.
Evitar el incrementar la ansiedad del paciente, o el <i>estigma</i> que acompaña a estas experiencias, al clasificarlas en sesión como patológicas o irracionales. La incompreensión también puede incrementarse por inacción, cuando el terapeuta evita el tema en sesión.	<i>Normalizar</i> , desde la psicoeducación, compartiendo información empírica sobre su frecuencia de forma explícita. <i>Mostrar curiosidad respetuosa</i> cara a la interpretación del paciente, especialmente cuando existen diferencias culturales.	Trabajar la <i>relación del paciente con la experiencia</i> en sí, cuando existe evitación significativa. Acompañar en resolver disonancias cognitivas o crisis existenciales cuando existe un <i>conflicto interno</i> entre formas de interpretarlas.

relacionales con la persona fallecida, analizar la reacción del paciente con las alucinaciones o presencias y acompañarle en resolver disonancias cognitivas o crisis existenciales cuando hay creencias en conflicto.

Conflicto de Interés

El autor no tiene conflictos de interés.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baethge, C. (2002). Grief hallucinations: True or pseudo? Serious or not? *Psychopathology*, 35(5), 296-302. <https://doi.org/10.1159/000067067>
- Baumeister, D., Sedgwick, O., Howes, O., y Peters, E. (2017). Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice-hearer literature. *Clinical Psychology Review*, 51, 125-141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.010>
- Beavan, V., Read, J., y Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *Journal of Mental Health*, 20(3), 281-292. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.562262>
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-340.
- Castelnovo, A., Cavallotti, S., Gambini, O., y D'Agostino, A. (2015). Post-bereavement hallucinatory experiences: A critical overview of population and clinical studies. *Journal of Affective Disorders*, 186, 266-274. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.032>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2015). *Código deontológico del psicólogo*. <https://www.cop.es/pdf/CodigoDeontologicodelPsicologo-vigente.pdf>
- Datson, S., y Marwit, S. (1997). Personality constructs and perceived presence of deceased loved ones. *Death Studies*, 21, 131-146. <https://doi.org/10.1080/074811897202047>
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. En la *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. XIV. Hogart Press.
- Grimby, A. (1993). Bereavement among elderly people: grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(1), 72-80. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03332.x>
- Grimby, A. (1998). Hallucinations following the loss of a spouse: Common and normal events among the elderly. *Journal of Clinical Geropsychology*, 4(1), 65-75. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03332.x>
- Hayes, J., y Leudar, I. (2016). Experiences of continued presence: On the practical consequences of 'hallucinations' in bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(2), 194-210. <https://doi.org/10.1111/papt.12067>
- Hayes, J., y Steffen, E. (2017). Working with welcome and unwelcome presence in grief. En D. Kass y E. Steffen (Ed.), *Continuing bonds in bereavement* (pp.163-174). Routledge. <https://psycnet.apa.org/doi/10.4324/9781315202396-16>
- Jahn, D. R., y Spencer-Thomas, S. (2014). Continuing bonds through after-death spiritual experience in individuals bereaved by suicide. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 16(4), 311-324. <https://doi.org/10.1080/019349637.2015.957612>
- Jahn, D. R., y Spencer-Thomas, S. (2018). A qualitative examination of continuing bonds through spiritual experiences in individuals bereaved by suicide. *Religions*, 9, 248-263. <https://doi.org/10.3390/rel9080248>
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience*. Longmans.
- Kamp, S. K., Steffen, E. M., Alderson-Day, B., Allen, P., Austad, A., Hayes, J., Larøi, F., Ratcliffe, M., y Sabucedo, P. (2020). Sensory and quasi-sensory experiences of the deceased in bereavement: An interdisciplinary and integrative review. *Schizophrenia Bulletin*, 46(6), 1367-1381. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa113>
- Kamp, K. S., Steffen, E. M., Moskowitz, A., y Spindler, H. (2023). Prevalence and phenomenology of sensory experiences of a deceased spouse: A survey of bereaved older adults. *Omega*, 87(1). <https://doi.org/10.1177/00302228211016224>
- Keen, C., Murray, C., y Payne, S. (2013). Sensing the presence of the deceased: A narrative review. *Mental Health, Religion and Culture*, 16(4), 384-403. <https://doi.org/10.1080/13674676.2012.678987>
- Klass, D., y Steffen, E. M. (2017). *Continuing bonds in bereavement*. Routledge.
- Neimeyer, R. A. (1992). Hacia una integración teóricamente progresiva de la psicoterapia: Una contribución constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 3(9), 23-48.
- Neimeyer, R. A., Bottomley, J. A., y Bellet, B. W. (2023). Crecimiento personal a raíz de la pérdida por suicidio. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 137-151.
- Leudar, I., y Thomas, P. (2000). *Voices of reasons, voices of insanity: Studies of verbal hallucinations*. Routledge.
- Lindemann, E. (1944). The symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Linszen, M. M. K., de Boer, J.N., Schutte, M. J. L., Begemann, M. J. H., de Vries, J., Koops, S., Blom, R. E., Bohlken, M. M., Heringa, S. M., Blom, J. D., y Sommer, I. E. C. (2022). Occurrence and phenomenology of hallucinations in the general population: A large online survey. *Schizophrenia*, 8. <https://doi.org/10.1038/s41537-022-00229-9>
- Rees, D. W. (1971). The hallucinations of widowhood. *British Medical Journal*, 4, 37-41. <https://doi.org/10.1136/bmj.4.5778.37>
- Rees, D. W. (2001). *Death and bereavement*. Whurr Publishers.
- Parkes, C. M. (1970). 'Seeking' and 'finding' a lost object: evidence from recent studies of the reactions to bereavement. *Social Sciences and Medicine*, 4(2), 187-201. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0037-7856\(70\)90115-0](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0037-7856(70)90115-0)
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., Perona-Garcelán, S., y Vallina-Fernández, O. (2008). Changing relationship with voices: New therapeutic perspectives for treating hallucinations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(2), 75-85. <https://doi.org/10.1002/cpp.563>
- Perona-Garcelán, S., Carrascoso-López, F., García-Montes, J. M., Ductor-Recuerda, M. J., López-Jimenez, A., Vallina-Fernández, O., Pérez-Álvarez, M., y Gómez-Gómez, M. T. (2012). Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 323-329. <https://doi.org/10.1002/jts.21693>
- Sabucedo, P., Evans, C., Gaitanidis, A., y Hayes, J. (2021a). When experiences of presence go awry: A survey on psychotherapy practice with the ambivalent-to-distressing 'hallucination' of the deceased. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 464-48. <https://doi.org/10.1111/papt.12285>

- Sabucedo, P., Hayes, J., y Evans, C. (2021b). Narratives of experiences of presence in bereavement: sources of comfort, ambivalence and distress. *British Journal of Guidance y Counselling*, 49(6), 814-831. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1983156>
- Sabucedo, P., Evans, C., y Hayes, J. (2023). Perceiving those who are gone: Cultural research on post-bereavement perception or hallucination of the deceased. *Transcultural Psychiatry*, 60(6), 879-890. <https://doi.org/10.1177/1363461520962887>
- Shimizu, K., Kikuchi, S., Kobayashi, T., y Kato, S. (2017). Persistent complex bereavement disorder: Clinical utility and classification of the category proposed for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Psychogeriatrics*, 17(1), 17-24. <https://doi.org/10.1111/psyg.12183>
- Sluzki, C. E. (2011). Samotracia en compañía. En *La presencia de la ausencia: Terapia con familiares y fantasmas* (pp.93-118). Gedisa Editorial.
- Sidgwick, H. (1894). Report on the census of hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, 10, 25-402.
- Stroebe, M., y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M., Schut, H., y Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. *Omega*, 4, 455-473. <https://doi.org/10.1177/0030222817691870>
- Steffen, E., y Coyle, A. (2010). Can 'sense of presence' experiences in bereavement be conceptualised as spiritual phenomena? *Mental Health, Religion and Culture*, 13(3), 273-291. <https://doi.org/10.1080/13674670903357844>
- Steffen, E. M., y Coyle, A. (2011). Sense of presence and meaning-making in bereavement: A qualitative analysis. *Death Studies*, 35(7), 579-609. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584758>
- Taylor, S. F. (2005). Between the idea and the reality: A study of the counselling experiences of bereaved people who sense the presence of the deceased. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(1), 53-61. <https://doi.org/10.1080/14733140512331343921>

Artículo

La Supervisión: Tercer eje de la Capacitación y el Ejercicio de la Clínica Psicoterapéutica. Propuestas Para la Reflexión y el Debate Desde la Sistémica

B. Olabarria González¹, A. Jiménez Bidón² y M. García Ramírez³

¹Psicóloga clínica. Directora científica CES AESFASHU. Vocal Consejo Asesor Ministerio Sanidad España (España)

²Psiquiatra. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid). Especialista en Psicoterapia Sistémica AESFASHU (España)

³Psicóloga clínica. Hospital Universitario Clínico San Carlos (Madrid). Especialista en Psicoterapia Sistémica AESFASHU (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 18/06/2025
Aceptado: 28/09/2025

Palabras clave:

Reflexión
Formación
Psicoterapia
Calidad
Clínica
Espacio seguro

RESUMEN

El presente artículo surge de un proceso de reflexión y elaboración compartida y en espiral, dirigido a la supervisión, partiendo de nuestra experiencia, información y reflexión, buscando contribuir a un debate que creemos imprescindible. Se realiza una revisión repasando las raíces históricas y aportaciones de diversas escuelas teórico-técnicas al desarrollo de la supervisión en psicoterapia, para concluir con una propuesta que subraya la necesidad de consolidar marcos seguros y consensos operativos que garanticen la calidad del quehacer clínico y formativo.

Supervision: The Third Axis of Training and Psychotherapeutic Clinical Practice. Proposals for Reflection and Debate From a Systemic Perspective

ABSTRACT

This article emerges from a process of joint reflection and elaboration, focused on supervision, based on our experience, information and reflection, aiming to contribute to a debate we consider essential. It includes a review of the historical roots and the contributions of various theoretical and technical schools to the development of supervision in psychotherapy, concluding with a proposal that emphasizes the need to establish safe frameworks and operational agreements that ensure the quality of both clinical and training practices.

Keywords:

Reflection
Supervision
Psychotherapy
Training
Quality
Clinical practice
Safe space

Citar como: Olabarria, B., Jiménez, A. y García, M. (2025). La supervisión: Tercer eje de la capacitación y el ejercicio de la clínica psicoterapéutica. Propuestas para la reflexión y el debate desde la sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 105-113. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45656>

Autor y e-mail de correspondencia: Ana Jiménez Bidón, ajimenezbidon@gmail.com

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Antecedentes y Perspectivas de la Supervisión en Psicoterapia

Orígenes

Pocos años después del surgimiento del Psicoanálisis como una elaboración teórico-técnica basada en la observación/reflexión clínica de Freud, fue Sandor Ferenczi quien dirigió la atención hacia lo que pronto se consideró como una necesidad imprescindible en la capacitación.

Los candidatos a ejercer el Psicoanálisis debían someterse en principio, a un *análisis personal*, cuyo foco era elaborar los conflictos inconscientes, debido a que, al trabajar desde sí mismo, el psicoanalista podía vincular dichos conflictos en la clínica a través de la relación terapéutica y más concretamente, en el manejo de la transferencia y ante el surgimiento de la contratransferencia.

De este modo, el *psicoanálisis didáctico* se incorporó como un requisito para la capacitación del Psicoanálisis, pasando por diferentes modos de formalización y reglas en distintos grupos, organizaciones e instituciones del Psicoanálisis.

En un desarrollo posterior, se estableció el *análisis de supervisión*, definido como un “control” de calidad del trabajo clínico-psicoanalítico de los *candidatos* a ser miembros de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), un proceso que se mantiene vigente hasta hoy. Su extensión posterior, más allá de las organizaciones psicoanalíticas puede ilustrar la afirmación de la *American Psychological Association* (n.d.), que lo describe como “un proceso psicoanalítico conducido por un candidato, bajo la guía de un psicoanalista calificado, que ayuda al candidato a decidir la dirección del tratamiento y a tomar conciencia de su contratransferencia. También se denomina “análisis de supervisión”.

El tema del *control* suscitó un intenso debate en el que varios grupos se enfrentaron durante años. Tal vez las observaciones críticas de *Lacan* (1966) ocupan uno de los lugares más relevantes. Lacan, en contra de la idea de control rígido en el psicoanálisis y en la supervisión, propone un enfoque más flexible, y más centrado en la escucha activa, el “no saber” y la reflexión compartida. Lacan enfatizó la importancia de trabajar con la transferencia y de mantener una postura ética en el que el supervisor no asumiera un control autoritario, sino que facilitara un espacio para el desarrollo de la subjetividad y la reflexión crítica del supervisado. Por otro lado, tanto *Casement* (1990) como *Grinberg* (1990) coinciden en que la supervisión psicoanalítica no puede reducirse a un ejercicio de corrección técnica. Para Casement la supervisión es un espacio que permite al terapeuta observar su propia práctica, detectar actuaciones prematuras y cultivar una actitud de aprendizaje continuo que, con el tiempo, se internaliza como un “supervisor interno”. En una perspectiva complementaria, Grinberg subraya que la supervisión constituye un proceso triangular en el que emergen fenómenos transferenciales y contratransferenciales, y donde el papel del supervisor no es imponer un estilo analítico, sino facilitar la comprensión y favorecer la autonomía clínica del supervisando.

El hecho es que se fue consolidando un proceso complejo de capacitación que incluyó la supervisión como tercer eje, además de la formación teórico-técnica y análisis personal. El Psicoanálisis fue el primer modelo teórico-técnico en establecerla formalmente en la década de los 50 (*Eckstein y Wallerstein*, 1958), y sigue siendo

hasta hoy un eje fundamental de la capacitación en Psicoanálisis, con sus evoluciones y desarrollos (*McWilliams*, 2021).

No en todos los modelos teóricos-técnicos de psicoterapia, la supervisión clínica ha sido un requisito o una práctica obligatoria, pero durante años, cuando se realizaba, se trataba de un recurso establecido para la etapa de formación. Sólo después se abrió el proceso para considerar también la supervisión como un instrumento útil en el manejo de casos críticos o de especial dificultad para el profesional, y, finalmente, la supervisión llevada a cabo en equipos, que implica una búsqueda de reflexión vertebradora compartida.

La relevancia de la supervisión traspasó el modelo psicoanalítico, siendo hoy considerada por diferentes modelos teórico-técnicos como un eje central de la capacitación y del ejercicio clínico-psicoterapéutico. De hecho, la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas* (FEAP, 2012) lo incorpora como uno de los tres elementos imprescindibles de la formación, y cada vez son más los servicios públicos de Salud Mental que incorporan programas de supervisión para sus equipos dentro de la *formación continuada*.

Esta presentación no pretende dar cuenta de los diferentes modelos de supervisión (por otra parte, con frecuencia, poco formalizados), ni de sus procedimientos y técnicas. Más bien, se enfoca a referenciar diversas aportaciones que consideramos relevantes y que, en distinto grado han venido a conformar referentes, contribuyendo a nuestra propuesta en este ámbito.

Así, en supervisión otra contribución importante es la de la escuela rogeriana: la introducción de grabaciones y transcripciones en la capacitación de los profesionales creemos que fueron un aporte relevante (*Hackney y Goodyear*, 1984). En ella, la supervisión adquiere características experienciales, en las que la formación incorpora cómo hacer frente a las suposiciones o atribuciones sobre la naturaleza humana y las actitudes del psicoterapeuta, el desarrollo de habilidades de escucha, y la posibilidad de que el terapeuta pueda conocer sus propios bloqueos para escuchar (*Hess*, 2008). Para Rogers, la función de la supervisión es ayudar a crecer en autoconfianza, en comprensión de sí mismo y en comprensión del proceso terapéutico.

Con la diversificación de modelos técnicos de intervención y métodos de evaluación en psicoterapia, surgieron una multiplicidad de desarrollos teórico-técnicos en materia de supervisión, especialmente relevante el modelo sistémico. Otros han alcanzado propuestas de praxis como el constructivismo, el cognitivo-conductual, el humanístico-existencial, entre otros, que han logrado reconocimiento dentro de la comunidad científico-profesional, a pesar de las polémicas internas que aún persisten tanto sobre sus objetivos, como su obligatoriedad en la capacitación, su encuadre y reglas, etc.

Panorama Actual de la Supervisión en Psicoterapia Desde el Modelo Sistémico

Aunque el concepto de supervisión ha evolucionado de manera notable en las últimas décadas y distintos modelos han continuado realizando avances significativos –en términos de conceptualización, técnicas y objetivos–, nosotras queremos detenernos en lo que específicamente aporta el modelo sistémico. No se trata de contraponer enfoques, sino de destacar cómo la mirada sistémica, desde sus fundamentos teóricos y metodológicos, introduce elementos distintivos que enriquecen el proceso de supervisión.

La aportación clave del modelo sistémico en este ámbito es la *alianza de supervisión*, que constituye un pilar fundamental sobre el cual se apoya una supervisión funcional (Montalvo, 1973). Además, la supervisión sistémica *en vivo* ha destacado el valor de la participación del supervisor (en directo) en la clínica psicoterapéutica, definiendo un objeto de atención/foco/mirada nuevo y distinto al del clínico interventor “de 1ª línea”: el de la relación terapéutica entre el clínico y el sistema atendido (ya sea individual, pareja, familia u otros). Este método sistémico abrió la puerta a desarrollos posteriores en supervisión, al proponer no solo un “foco” diferente para el supervisor, sino también un tiempo posterior y distinto, que no está marcado por el tiempo de la intervención.

Esta modalidad se ha seguido desarrollando hasta hoy, con aportaciones metodológicas significativas y específicas. Entre ellas la bicameralidad del Grupo de Milán, destacando G. Prata (*El niño que mecía la barca*) y las del “equipo reflexivo” (Andersen, 1991), donde el grupo, como elemento referente del clínico en ejercicio en primera línea, cobra una dimensión de especial interés. Penn (1985) y Cecchin et al. (1994) encontraron que el rol del equipo reflexivo reduce la rigidez cognitiva de los terapeutas, permitiendo mayor creatividad en la intervención.

El modelo cognitivo-conductual ha comenzado a desarrollar, de manera más tardía pero decidida, aportaciones en esta materia, aunque no está definido como un elemento necesario de la capacitación reglada. A pesar de ello, el modelo cognitivo-conductual ha mostrado un interés creciente desde principios del presente siglo XXI, y ha ejercido praxis poco generalizadas pero significativas en esta materia. El trabajo de Bloyd, en 1978 (Bernard y Goodyear, 2004 y 2014), se dirigió a establecer los comportamientos adecuados del clínico y eliminar los inadecuados en la realización de tareas definidas, utilizando los principios del aprendizaje y siguiendo el estudio de manuales de tratamiento. Entre los desarrollos más relevantes se encuentran los de Falender et al. (2004), Falender y Shafranske (2004, 2008 y 2014), Roth y Pilling (2007), Bernard y Goodyear (2004 y 2014), Fernández Álvarez (2016 y 2008), Fernández Álvarez y Grazioso (2023), Hess (2008), Milne (2009 y 2014), Saúl et al. (2023).

En todos estos modelos, sus improntas y modalidades han favorecido una comprensión y praxis de la supervisión como un instrumento relevante en la formación/capacitación de los psicoterapeutas clínicos y en su desarrollo profesional, tanto en los profesionales en formación, como en los equipos y en los profesionales en ejercicio, especialmente en relación con casos o dificultades específicas. Según Morgan y Sprenkle (2007), no existen evidencias que sugieran que un modelo sea superior a otro, acercándose así a la apreciación de que la eficacia terapéutica no estaría determinada por el modelo teórico-técnico.

En todo caso, el panorama actual y desde hace algunos años parece dar cuenta de un progresivo interés y búsqueda de convergencias que establezcan bases para un acuerdo marco de definición. La definición aportada por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), siguiendo lo expuesto en el documento firmado por tres entidades: la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF) FEAP/AEN/FEATF en la *Acreditación de Psicoterapeutas, Documento Marco* (2012) establece lo siguiente: “diremos sobre la Supervisión que es un proceso parte de la capacitación, su meta es influir positivamente

sobre la capacidad del supervisando para llevar a cabo tratamientos e intervenciones psicoterapéuticas coherentes con el marco teórico-técnico y eficaces con el consultante, en el marco de los servicios donde se realicen las prestaciones asistenciales”, y se detalla su operativización para las tres entidades.

Asimismo, en 2014, la *Revista American Journal of Psychotherapy* publicó un número monográfico sobre la supervisión en psicoterapia (Watkins et al., 2019 y Watkins 2023), sobre diferentes praxis, objetivos y funciones de la supervisión.

Sobre la Supervisión en Psicoterapia

El Proceso de Supervisión

Existen avances de consenso básico sobre algunos componentes funcionales clave en la supervisión:

- Un vínculo definido, continuado, claro, seguro y asimétrico entre supervisor y supervisado.
- Un acuerdo consistente entre ambos en roles, objetivos y tareas.
- Un *encuadre* que aporte un marco de lugar, espacio y tiempo definidos y adecuados tanto para el supervisor como para el supervisado.

Para Leddick (1994), un modelo de supervisión se refiere a la manera sistemática en que se aplica la supervisión, incluyendo las prácticas, rutinas y creencias que permitirían avanzar hacia una definición operativa de la supervisión clínica.

Desde esta perspectiva, Leddick que busca un “metamodelo”, propone tres modelos generales de supervisión: el modelo de desarrollo, los modelos integrados y los modelos de orientación específica:

- 1) De desarrollo: Orientada al “progreso” del supervisado, busca favorecer el crecimiento del terapeuta, facilitando la integración de nuevos conocimientos, habilidades y experiencias clínicas.
- 2) Integrados: Buscan combinar diversas corrientes teórico-técnicas, adaptando la supervisión a las necesidades tanto del terapeuta como del caso en particular. Se autodefinen como un enfoque flexible y multidimensional, si bien ha sido criticado por su falta de rigor y deslizamientos conceptuales y técnicos.
- 3) De orientación específica: Como puede ser psicodinámica, sistémica, conductual, humanista Rogeriana ...

Pensando la Tarea Desde Componentes Funcionales y Objetivos de la Supervisión

Aunque existe consenso sobre que la supervisión tiene objetivos propios, no existe, a fecha de hoy, una definición única establecida entre los diferentes modelos teórico-técnicos. Algunos de los cuales incluso no lo consideran como eje de capacitación imprescindible, como hemos dicho anteriormente.

Consideramos que en la supervisión, el objetivo principal no es incidir directamente sobre el bienestar del paciente (aunque no se abandone), sino organizar un espacio relacional “asimétrico y seguro” para la revisión compartida de material clínico-psicoterapéutico elaborado por el supervisado y presentado ante un psicoterapeuta con trayectoria y reconocimiento que encauza apoyo (en reflexión/

adecuación teórico-técnica, reflexión clínica –pensamiento y emoción–) en el proceso individual o grupal para el profesional en su ejercicio clínico, favoreciendo con todo ello la elaboración de su identidad como psicoterapeuta clínico.

Los contenidos se refieren al material clínico presentado en un tiempo/lugar dados por el supervisado, donde el supervisor atiende el quehacer teórico-técnico desde una relación asimétrica cuya significación busca incidir en el devenir del quehacer del clínico, que puede recibir señalamientos por implicaciones personales afectadas durante la presentación del caso a supervisar.

En la supervisión como parte fundamental del proceso de formación clínica, resulta imprescindible subrayar el valor de la congruencia entre el modelo teórico-técnico y la práctica supervisora. Esta coherencia se manifiesta en la articulación entre el marco conceptual y la praxis: es decir, entre lo que se sostiene teóricamente y lo que efectivamente se pone en juego en la relación con el supervisado.

Un aspecto fundamental de esta congruencia es el uso compartido de un lenguaje clínico común. En un proceso de formación, la congruencia favorece que los clínicos en formación internalicen una manera coherente de nombrar, de preguntar y de aprehender y construir sentido, en consonancia con los supuestos del modelo teórico.

Formar dentro de un modelo no solo implica transmitir conceptos, sino también un estilo lingüístico que facilite la comprensión mutua, el sentido de pertenencia y la articulación de pensamiento clínico entre quienes comparten esa perspectiva.

Como señala Andersen (1991), el lenguaje no es simplemente una herramienta para comunicar información, sino un espacio de construcción conjunta de significados. Esta visión resalta que, en la supervisión, lo que se dice no solo transmite conocimientos, sino que participa activamente en la creación de realidades clínicas.

Por tanto, la congruencia no se limita a la fidelidad conceptual, sino que debe reflejarse en los diferentes ámbitos y niveles, tales como la manera de organizar el encuadre, la formulación de hipótesis, la construcción del vínculo y el abordaje de los casos clínicos. Cuando la supervisión es coherente con los principios del modelo, desde el cual se interviene y congruente con los contenidos, y la relación trasciende la mera transmisión de contenidos técnicos y se convierte en una experiencia formativa profundamente transformadora.

En este sentido, la congruencia actúa como un eje estructurante del proceso de supervisión, al ofrecer un marco de referencia estable y operativo que promueve el desarrollo de una mirada relacional y contextual compartidas (Anderson y Goolishian, 1992). Esta alineación entre el modelo teórico y la vivencia de la supervisión fortalece no solo la formación clínica, sino que también modela una forma particular de participar en y construir la relación terapéutica y de “habitar” el rol profesional. Esta congruencia resulta ser una pieza clave en la configuración de la identidad profesional en psicoterapia sistémica.

Por todo ello, entendemos que la congruencia es clave para ofrecer al supervisado un marco de referencia estable y operativo, que permita incorporar una mirada relacional y contextual. Se convierte en un eje estructurante que aporta solidez al proceso de supervisión como espacio de formación, elaboración y maduración profesional. Favorece, además, una experiencia formativa transformadora que trasciende la mera transmisión de contenidos, modelando un modo de estar en la clínica y de “habitar” el rol profesional.

Asimismo, el espacio de supervisión en grupo actúa como un recurso que brinda protección y ayuda a enfrentar las dificultades que surgen en el trabajo de acompañamiento y apoyo a las personas. Representa una ocasión para experimentar el cuidado, lo cual es fundamental para poder cuidar a los demás (Fernández y Rodríguez, 2019).

Que los supervisados obtengan conocimientos, desarrollos reflexivos en sus praxis y logren sentirse firmemente orientados es, sin duda, algo favorable. Los clínicos y equipos supervisados transmiten valoraciones muy favorables respecto de las ventajas de contar con un espacio de supervisión reglada y sostenida, aunque lo que tenemos como datos objetivos al respecto pertenecen a estudios tipo *encuesta de valoración*

Aportaciones en la Definición de Perfiles en el Ejercicio de la Supervisión

Bordin (1983) estableció variables que califican la alianza de la supervisión, destacando la necesidad de establecimiento de una comunicación efectiva, transparente y sincera. El supervisor debe transmitir un genuino interés y una ausencia de juicios de valor, desde la congruencia (atendiendo a la comunicación verbal y analógica y a las líneas de sentido comunicativo), escucha, respeto y apoyo en el ejercicio del supervisado. En este sentido, el uso de instrumentos, como el humor, pueden jugar un papel importante en la construcción de un vínculo seguro en la supervisión. Garrido (2021) resalta la utilidad del humor para establecer apoyo/apoyo seguro en la co-construcción relacional de la supervisión y también advierte sobre sus contraindicaciones y malos usos. Además, propone directrices al respecto, especialmente en el modelado del “equipo reflexivo”, cuyas aportaciones son particularmente relevantes en los contextos de formación y supervisión. El equipo reflexivo favorece y fortalece un proceso más colaborativo.

Boscolo y Cecchin (1987) introdujeron la noción de “curiosidad terapéutica” en la supervisión, promoviendo que se mantengan abiertos a nuevas perspectivas, evitando rigideces en la escucha y en la mirada. Si bien estos autores no definen estilos de supervisión específicos, es posible vincular su propuesta con estilos desarrollados posteriormente, como el energizante, intelectual, continente y ejecutivo. El estilo energizante estimula la creatividad y motiva al supervisado a explorar nuevas alternativas; el estilo intelectual promueve la reflexión y el cuestionamiento de supuestos, profundizando en el análisis clínico; el estilo continente ofrece un espacio seguro donde es posible expresar dudas y emociones, condición necesaria para sostener una actitud curiosa; y el estilo ejecutivo, aunque más estructurado, puede canalizar esa curiosidad hacia decisiones clínicas concretas (Fernández y Rodríguez, 2019). En conjunto, estos estilos favorecen una supervisión dinámica y flexible, alineada con los principios de la curiosidad terapéutica.

Por otro lado, y muy importante, Stoltenberg et al. (2014) plantearon que un elemento central de la supervisión sería considerar el nivel de desarrollo y trayectoria clínica en que se encuentran los participantes, supervisados y supervisores, y si se encuentran en un marco de formación reglada o en un contexto de reflexión clínica; en este último caso, cuál. Por ello, los roles en la supervisión (Holloway et al., 1995 y Holloway, 2014) y los procesos (Hawkins y Shohet, 2012) que son objeto de la atención, llevan a

considerar un foco de convergencia a partir de las diferencias y de los elementos comunes (Bernard y Goodyear, 2004 y 2014) o en las competencias (Falender y Shafranske, 2008 y 2014).

Finalmente, mencionar que la tarea del supervisor se ha venido depositando en la (supuesta) competencia de profesionales con prestigio y experiencia clínica, especialmente entre aquellos que han dado pruebas de ser reconocidos clínicos psicoterapeutas. Desde la crítica recurrente de que las horas de experiencia y buen hacer no son suficiente garantía para el buen hacer del supervisor, ya que puede adolecer de fragilidad, basarse en personalismos y falta de rigor, algunos autores apuestan por la creación de programas de formación en supervisión, desde finales de la primera década de este siglo. Si bien, creemos oportuna la crítica respecto a que la capacitación específica en supervisión no garantiza la eliminación de los riesgos en su ejercicio antes mencionados. Una de las propuestas más contundentes en este sentido proviene del modelo cognitivo-conductual, con Milne (2009), aunque a fecha de hoy, son particularmente conocidos los trabajos de Daskal (2023) y Watkins (2023). Sin embargo, existe una crítica compartida respecto a la concepción de la supervisión que estos contienen, así como a sus *praxis* en el desarrollo de la misma, ya que se alejaron de los elementos de la trayectoria y tradición existente hasta la fecha, base del consenso actual, respecto a la supervisión como concepto y tarea, roles y relación y encuadre, definiendo perfiles más cercanos a una noción de control básico. Todo esto, ha generado alertas de manera creciente sobre los riesgos de estas recientes propuestas.

Estas alertas apuntan, sobre todo, a intentos de estandarización para obtener medidas y datos cuantificadores sobre los perfiles del supervisor y otras variables (Wrape, 2015), estableciendo datos sobre la supervisión como una superposición, lo que introduce el riesgo de modificar el sentido del ejercicio de la misma, al tapar y oscurecer la *praxis* y experiencia de supervisión y sustituirla por “datos”.

La denuncia de Byung-Chul Han (2021) (*No cosas: Quiebras del mundo de hoy*, 2021) puede ser pertinente en esta materia. Afirma que “Hoy estamos en la transición de la era de las cosas a la era de las no-cosas. No son las cosas, sino la información, lo que determina el mundo en que vivimos”, lo que genera perfiles de profesionales o académicos supuestamente capacitados a partir de un nuevo diploma (de “supervisor”) en contraposición al perfil clínico prioritario basado en una trayectoria reconocida y trabajo en la práctica clínica para la capacitación de clínicos-psicoterapeutas. Y junto a esa posible carencia, se estableció una indefinición o confusión respecto de lo que se observa y lo que se mide, siendo estos nuevos datos los que reemplazarían la *praxis* del quehacer, sus contenidos, la tarea, la relación asimétrica, su sentido y, por tanto, su valor. Estos son riesgos importantes, ante los cuales probablemente sea necesario esperar el asentamiento de la supervisión en el modelo cognitivo-conductual (y en otros), considerando lo que Rodríguez Morejón (2019) nos detalla al presentar, desde un mismo esquema, más de treinta y cinco modelos de psicoterapia reconocidos, para abrir debates reflexivos en esa línea.

Finalmente, y siguiendo a Linares (2008) en sus aportaciones sobre el valor de la “supervisión directa”, la experiencia de los terapeutas/supervisores, la consideración de la fase de vida y la trayectoria profesional de los supervisados (atendiendo sus elaboraciones referidas a sus conflictos y los de otros, así como

su desempeño en el afrontamiento/manejo de la incertidumbre) resultan elementos relevantes para la configuración del perfil de identidad del supervisor.

En cualquier caso, no cabe duda de que la trayectoria clínica es considerada globalmente como elemento principal para el asentamiento de la función de supervisor y su buen desempeño.

Trasmisión del Conocimiento y Elaboración en Supervisión

El proceso de capacitación en la clínica psicoterapéutica parte de una concepción compleja de la transmisión del conocimiento, que se opone a la concepción lineal y mecánica en la que los sujetos protagonistas estarían anclados en dos roles diferenciados: activo uno —como transmisor, controlador o evaluador— y otro pasivo —como receptor, en prueba o examinado— en cuanto al conocimiento teórico-técnico en esta materia. Esta concepción y su *praxis* determina rigideces que obstaculizan y empobrecen la adquisición de un conocimiento operativo y fundante de identidad profesional, como requiere la clínica psicoterapéutica. En lugar de promover una comprensión y construcción subjetiva de la identidad profesional, se tiende a reproducir modelos frágiles y poco elaborados.

Particularmente en el ámbito de la supervisión, que consideramos un eje fundamental para la capacitación, resulta imprescindible establecer su sentido, sus objetivos y sus modalidades. Esto implica reflexionar sobre el lugar que ocupan los sujetos en el proceso, la relación y ubicación entre ellos, los perfiles de la tarea que les une y su dinámica, atendiendo a la complejidad que requiere una capacitación activa y madurativa, más allá de la mera reproducción formal de los modelos establecidos.

Asimismo, creemos necesario considerar los nuevos problemas que todo esto abre en diferentes vertientes, sin duda, en lo que se refiere a las propuestas y modos específicos del desempeño de la supervisión como un eje imprescindible (y complementario) para la aprehensión e integración de conocimientos capacitadores en materia de la clínica de Salud Mental, y especialmente en el ámbito psicoterapéutico. No debe olvidarse su función como espacio e instrumento de reflexión orientadora y desveladora en la *praxis* clínica avanzada.

Foucault (1978), al abordar la transmisión del conocimiento, introduce el concepto de “gubernamentalización” de la sociedad y de los individuos, refiriéndose a procesos que se vienen realizando históricamente, donde dicha transmisión se ejerce desde una práctica que invoca una supuesta “verdad”. Esta “verdad” se impone a través de procedimientos y tecnologías definidas, que operan como mecanismos de poder. En este marco, al tiempo, los sujetos quedan atrapados en la imposibilidad de cuestionar dichos efectos de poder y la naturaleza de esa “verdad”, que obtendría un carácter reproductivo, único y esencialista, en detrimento de un saber construido de forma crítica y autónoma. Precisamente, es esta autonomía reflexiva y madurativa la que los procesos de formación/capacitación deberían fomentar, en lugar de perpetuar modelos cerrados-normativizados, que dificulta la elaboración propia favoreciendo la mera repetición.

Para los sujetos partícipes, la relación concebida y dominante en estos modelos se considera de forma dicotómica y simplista: uno de los participantes ocupa el lugar del saber y su control, mientras que el otro se posiciona como receptor pasivo. En este esquema, los contenidos son presentados de manera rígida y cerrada, sostenidos

por procedimientos codificados y legitimados, lo que refuerza su carácter reproductivo.

Frente a esta configuración, la capacidad de reacción crítica resulta fundamental. En este sentido, Foucault señaló que *el lugar de la crítica no es neutro ni ajeno al poder; siempre concomitante a las relaciones humanas*. Por tanto, la cuestión estaría en qué se critica de un/os procedimientos determinados, y hacia dónde y cómo configurar nuevas propuestas funcionales para alcanzar los objetivos madurativos buscados, que siempre tienen una función de direccionalidad, sea esta simplista o compleja. Así, lo entendemos para la supervisión, un eje de capacitación referido a praxis en acción, orientada hacia un proceso madurativo e integrador del conocimiento teórico-técnico y su reflexión con sentido en el ámbito de la clínica psicoterapéutica, todo ello con carácter compartido desde una relación asimétrica en un contexto seguro.

En este sentido, nos preocupan aquellas modalidades de transmisión que, aun surgiendo desde una crítica legítima a los modelos reproductivos dominantes, se han construido bajo ideologías de “verdad alternativa” y se han instalado en el llamado discurso de la sospecha. En este ámbito de la supervisión, estas posiciones han derivado, en algunos casos, en una actitud de abstención sistemática del supervisor frente a toda forma de intervención, en nombre del respeto absoluto por la autonomía del supervisado y con frecuencia entrando en un deslizamiento hacia lo pseudoterapéutico en espacio y tarea.

Nos preguntamos entonces: ¿cuántas veces estas posturas, en apariencia liberadoras, han dado lugar a prácticas igualmente atrapantes, sustentadas en objetivos y procedimientos difusos o en la ausencia de reglas claras? Tales prácticas pueden generar confusión operativa y desdibujamiento de la identidad profesional, así como establecer vínculos de dependencia acrítica que obstaculizan el proceso de maduración y autonomía que debería promoverse en toda formación clínica, y particularmente en el espacio de supervisión.

Todo esto, paradójicamente, suele justificarse en nombres de valores como la autonomía, la singularidad y la pluralidad. Sin embargo, sus efectos pueden incluir el afianzamiento de dominios narcisistas, la subordinación a lógicas de mercado o la cristalización de identidades profesionales rígidas y desorientadas respecto del ejercicio que se pretende formar.

Entendemos que la supervisión, como eje principal de la transmisión capacitadora, supone tomar en consideración la herencia del conocimiento habido, lo que implica una noción de tradición que otorga bases vigentes de pertenencia y de participación en una construcción de lo común, que aporta dinámica de inclusión, y no mera reproducción conservadora, desde señales compartidas con garantía.

La supervisión, en tanto proceso activo, implica una transmisión y una asunción elaboradas del conocimiento, enraizados también en antecedentes y referencias históricas. Se trata de conocer el pasado no para quedar atrapado en él, sino para poder salir y retomar a él desde una apropiación crítica, colectiva y singular. Esta elaboración ocurre dentro de un marco definido por reglas, roles y contenidos que permiten generar un contexto propicio para el desarrollo subjetivo y profesional.

En ese encuadre, las relaciones entre los sujetos implicados en la supervisión, así como los objetos de atención y tarea, se construyen desde coordenadas claras: un dispositivo que posibilita la escucha, la producción de sentido y la apropiación elegida del

saber. Así, el presente se abre al futuro a partir de una tradición reconocible, pero no mimética, que habilita la transformación y la maduración del ejercicio clínico y supervisivo.

Posibles Efectos Adversos en Supervisión

La supervisión conlleva riesgos de deslizamientos que pueden generar daños. Un manejo inadecuado de la relación – que, por definición, debe ser asimétrica en cuanto al ejercicio de poder (particularmente en el caso del supervisor, aunque no exclusivamente)-, el conocimiento inapropiado y la función fuera de encuadre, así como las actitudes y comunicaciones (tanto digitales como analógicas), pueden vulnerar los límites de una relación funcional con el supervisado.

Así, el ejercicio del rol de supervisor como un medio de autoafirmación frente al supervisado puede incluir no solo un uso instrumental del supervisor hacia el supervisado, sino también un quebramiento del “espacio seguro” mediante maniobras relacionales, tanto abiertas como ocultas, con efecto de “sometimiento” del supervisado y/o ensalzamiento del supervisor. Asimismo, el deslizamiento en la tarea, pasando a entrar en una relación pseudoterapéutica, fragiliza al supervisado, contamina el material a supervisar y genera riesgo de daño. Es decir, la supervisión contiene riesgo de daño, sobre los que conviene estar alerta manteniendo siempre las bases de un marco *seguro*.

Propuesta Para la Mejora del Proceso de Supervisión en Psicoterapia

La supervisión implica la puesta en marcha de una relación de perfiles singulares, que está marcada por la trayectoria clínica del supervisor, quien pone el foco de la atención en la intervención realizada por el supervisado con uno o más pacientes (un caso). Se valora como una parte sustantiva en el desarrollo y mantenimiento de calidad del conocimiento clínico y las habilidades profesionales (Senediak, 2014).

Es mucho lo que queda por desarrollar para alcanzar una perspectiva común consistente respecto del proceso de supervisión. Por ello, la presentación de qué hacemos y cómo, quienes venimos ejerciendo la supervisión resulta de interés.

Tras lo expuesto, sostenemos que la supervisión constituye uno de los tres componentes imprescindibles en la capacitación reglada para el ejercicio de la psicoterapia, junto con la formación teórico-técnica y el análisis personal del terapeuta. Desde el modelo sistémico, estos tres pilares no se entienden como compartimentos estancos, sino como dimensiones que se entrelazan y se retroalimentan de manera continua. La formación teórico-técnica aporta los marcos conceptuales y las herramientas metodológicas para comprender la complejidad de los sistemas humanos y sus interacciones, mientras que el trabajo personal permite al terapeuta reconocer las resonancias de su propia historia y diferenciar lo que le pertenece de lo que emerge en el encuentro clínico, y la supervisión se convierte en el espacio donde estos dos ejes encuentran su integración en la práctica, posibilitando un aprendizaje reflexivo a partir de la experiencia directa con los consultantes. En el marco sistémico, además, suele desplegarse en un contexto grupal, lo que amplía la perspectiva y fomenta una mirada circular, coherente con los principios del modelo. En este sentido, la supervisión trasciende la mera revisión técnica y se

configura como un dispositivo central que no solo es fundamental en la etapa de formación, sino que se mantiene como un recurso esencial en el ejercicio profesional posterior, acompañando al terapeuta en la construcción y el sostenimiento de su identidad clínica.

Es un instrumento valioso, para el buen ejercicio del clínico en momentos y circunstancias diversas del devenir profesional o ante ciertos casos (críticos/difíciles) a petición/elección del profesional.

Hoy en día, la supervisión clínica se ha consolidado activamente en servicios públicos de Salud Mental como parte del programa de “Formación Continuada de los facultativos”. Este avance se ha convertido en un sello de calidad y cuidado de los equipos, aportando apoyo al clínico y subrayando la importancia del autocuidado. Además, se ha extendido también a otros equipos de trabajo de otras redes de servicio, particularmente servicios sociales, promoviendo la reflexión compartida sobre el ejercicio de casos e intervenciones, lo que favorece la cohesión grupal y establece bases comunes en la práctica clínica que llevan a cabo los miembros de un equipo determinado.

Planteamos relevante mencionar aquí que, en muchas ocasiones, bajo el nombre de “supervisión” se desarrollan prácticas que, si bien pueden tener valor en supervisión de equipos en ejercicios puntuales, pueden sustraer a estos la posibilidad de reflexionar sobre su quehacer clínico cotidiano cuando se dirigen establemente a desviar el foco hacia cuestiones organizativas, emocionales o interpersonales que posponen o aparcen la reflexión guiada y vertebradora sobre clínica compartida en el equipo, lo que termina por empobrecer el proceso reflexivo sobre la intervención profesional común y operativa.

Por esta razón, defendemos una concepción de la supervisión de equipos que, aunque no esté orientada a la formación en un modelo específico, como sucede en la supervisión como eje para la capacitación, mantenga un encuadre claro, la reflexión se centre en la tarea compartida y se organice a partir del análisis de casos y situaciones concretas abordadas por el equipo. Esto permite habilitar preguntas, generar hipótesis y construir significados que otorguen sentido a la experiencia asistencial.

En este proceso, el rol del supervisor, si bien se sustenta en un modelo, en nuestro caso el sistémico, no se presenta como una imposición doctrinal. Por el contrario, su función es la de garantizar el encuadre y facilitar una elaboración colectiva, crítica y situada en la práctica clínica.

En este sentido, concebimos la supervisión de equipos no como una herramienta enfocada en el análisis organizacional, la gestión de conflictos/tensiones internas o en la optimización de estructuras de funcionamiento, aunque de manera puntual pueda, incluso deba incorporarlo, como un espacio de reflexión compartida y vertebradora que sostiene y cuida la tarea asistencial, ofreciendo al equipo un espacio seguro para mirarse, cuestionarse y afinar su mirada sobre lo que hace, cómo lo hace y con qué efectos.

Si bien estos aspectos pueden emerger tangencialmente en ciertos momentos del proceso, lo fundamental es propiciar un espacio de reflexión clínica orientado a la tarea asistencial, para pensar con y desde la práctica, tomando como eje articulador los casos clínicos concretos que se trabajan en el equipo.

Esta distinción creemos que resulta importante, ya que la polisemia del término supervisión en los últimos años ha dado lugar a deslizamientos conceptuales en los que, en ocasiones, se diluye su función clínica y se corre el riesgo de desviar al equipo del ejercicio

reflexivo de su tarea. Lo fundamental es pensar la tarea con el caso clínico como eje y con una guía que permita sostener el encuadre, fomentando formulaciones y acompañe el proceso de elaboración y reflexión conjunta.

Consideramos que el especialista experto en supervisión y uno o más supervisados establecen una relación con una tarea común:

- Definiendo un encuadre (fechas, tiempo, esquema-base de presentación de casos...).
- Centrada en los problemas (psicopatológicos, relacionales, clínicos...) que plantea un consultante a partir de una demanda específica contextualizada.
- Dirigida a crear un “espacio seguro” para los participantes.
- Donde el foco de la atención/intervención del supervisor se centra en la atención prestada por el supervisado al o los paciente/s en su intervención.
- Partiendo de una formación teórico - técnica básica definida en el modelo de referencia de que se trate, y con un nivel de experiencia en ejercicio directo por parte de los supervisados.

El proceso ha de orientarse a:

- Mejorar la capacitación y el ejercicio profesional.
- Promover la reflexión clínica compartida.
- Generar cuidado del terapeuta o del clínico y el equipo, en su caso, desde un contexto facilitador y de intercambio.

Considerando:

- La posibilidad de interferencias personales del supervisado, que pueden aparecer y “contaminar” la intervención, objeto de la supervisión, y que deben ser identificadas (sin confundirlo con deslizamientos pseudoterapéuticos).
- La calidad y coherencia teórico-técnica en la intervención del supervisado.
- El establecimiento de una comprensión global/estratégica del caso.
- La definición compartida de objetivos y líneas estratégicas para la actuación clínica.

Se trata, por tanto, del establecimiento de una alianza, que, siendo distinta de la alianza terapéutica, constituye un elemento central en la supervisión como un espacio seguro para el desarrollo constructivo de la identidad en la actuación clínica.

Desde esta perspectiva es imprescindible establecer bases para una relación dinámica y funcional en la interacción supervisor/supervisado, basado en una alianza relacional y en un espacio seguro, evitando potenciales efectos adversos (fundamentalmente para el supervisado), tales como:

- Juegos disfuncionales de poder en el contexto relacional de la supervisión (Prata, 2001; Senediak, 2014; Ellis, 2010 y 2017). Esto hace referencia a dinámicas relacionales en las que el poder se ejerce de manera implícita o explícita generando tensiones, resistencias o bloqueos en el proceso de supervisión. Estos juegos pueden manifestarse, por ejemplo, cuando el supervisor adopta una postura excesivamente jerárquica o directiva, o cuando el supervisado responde desde la sumisión, la evitación o incluso la confrontación encubierta.
- Marcos inestables con derivas terapéuticas (inaceptables y que nunca deben ser buscadas) que generan contextos pseudo-terapéuticos. Este tipo de contexto emergen cuando la supervisión deja de sostener un encuadre claro y comienza a deslizarse hacia intervenciones que simulan una relación terapéutica con el supervisado. En estos casos, el rol del

supervisor puede confundirse con el del terapeuta, y el espacio supervisivo se convierte en un lugar de desahogo emocional o resolución de conflictos personales del supervisando, sin la estructura, finalidad ni resguardo propio de una psicoterapia.

- Ruptura de límites en la relación con el supervisado. Este fenómeno ocurre cuando no se mantienen con claridad las fronteras propias del rol supervisivo, lo cual puede dar lugar a confusiones, alianzas inapropiadas o relaciones duales que afectan la calidad y la ética del proceso.
- Conductas invalidantes, tanto autoritarias/descalificadoras como sobreprotectoras, que dificultan, a veces gravemente, la capacidad reflexiva y abierta, condición esencial para un ejercicio clínico adecuado. En el modelo sistémico, se entiende que el rol del supervisor no es imponer respuestas correctas ni proteger al supervisando de la complejidad clínica, sino crear las condiciones para que este pueda pensar su práctica, cuestionar sus propias hipótesis, reflexionar sobre sus intervenciones y posicionarse éticamente ante los sistemas con los que trabaja.

Al mismo tiempo, la comunicación funcional, el feedback consistente, comprensivo y abierto, se presenta como un instrumento fundamental para realizar una buena tarea de supervisión. En este sentido, un acercamiento comprensivo, de apoyo, abierto y de escucha crítica, adquiere un valor significativo, sirviendo como mensaje positivo en el desarrollo de la tarea de supervisión, favoreciendo la reflexión vertebradora de contenidos.

Esto se debe llevar a cabo en una relación que se organice dentro de un contexto seguro, donde la alianza relacional aporte un clima de calma colaborativa propicio para la escucha activa, desde roles diferenciados y en relación asimétrica y cercana. Este clima facilita la apertura de nuevas perspectivas, comprensiones del sentido del juego relacional disfuncional en un contexto donde cobra sentido y favorece el establecimiento estratégico de líneas de acción en el tratamiento, que se establecen progresivamente de manera compartida, considerando con flexibilidad la singularidad del clínico supervisado, sus capacidades y favoreciendo su propio pensamiento. De esta forma, se asienta una progresiva seguridad, mientras se muestran claramente los límites en los instrumentos sugeridos, atendiendo a las necesidades específicas del supervisado, quien debe sentir que su experiencia está siendo cuidada y orientada dentro de una relación asimétrica y segura.

En conclusión, y en línea con los desarrollos del modelo sistémico, la supervisión en psicoterapia se configura como una herramienta esencial no solo para la capacitación del profesional, sino también para su desarrollo continuo. Favorece el estilo personal, aumentando la complejidad de sus intervenciones, al brindar un espacio donde se permite explorar la identidad terapéutica, promoviendo un ejercicio clínico de calidad. Para que este proceso sea efectivo, es fundamental que se base en una relación de confianza, respeto y apoyo mutuo, donde la comunicación abierta y el feedback constructivo sean pilares.

En los equipos, al ofrecer un espacio seguro para la reflexión compartida y el autocuidado, la supervisión no solo optimiza la capacidad técnica y teórica de los profesionales, sino que también promueve un ambiente de colaboración dentro de los mismos, contribuyendo a disminuir el desgaste profesional.

Por tanto, la supervisión contribuye a fortalecer la identidad profesional del psicoterapeuta, a prevenir posibles interferencias,

a ejercer una intervención ética y coherente, desde el compromiso para la garantía de calidad a través de la introducción de una mirada y praxis compleja en la capacitación.

Declaración de Autoría (Taxonomía CRediT)

Begoña Olabarria: Conceptualización, supervisión, redacción borrador original.

Ana Jiménez: Conceptualización, redacción borrador original.

María García: Conceptualización, redacción borrador original.

Financiación y Conflicto de Interés

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales. Asimismo, las autoras declaran que no existen conflictos de interés relacionados con el contenido de este artículo.

Referencias

- American Psychological Association. (n.d.). *APA dictionary of psychology*. Recuperado el 6 de septiembre de 2023, de <https://dictionary.apa.org/>
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. Norton.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25–39). Sage Publications.
- Bernard, J. M., y Goodyear, R. K. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3rd ed.). Pearson.
- Bernard, J. M., y Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5th ed.). Allyn & Bacon.
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist*, 11(1), 35–42. <http://hdl.handle.net/2027.42/68473>
- Casement, P. (1990). Aprender del paciente. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26(4), 405–413. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00405.x>
- Cecchin, G., Lane, G., y Ray, W. A. (1994). *The cybernetics of prejudices in the practice of psychotherapy*. Karnac / Routledge.
- Daskal, A. M. (2023). Desde ser psicoterapeuta, a ser supervisor clínico. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 19–36. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38693>
- Eckstein, R., y Wallerstein, R. S. (1958). *The teaching and learning of psychotherapy* [La enseñanza y el aprendizaje de la psicoterapia]. Basic Books. <https://doi.org/10.1037/11781-000>
- Ellis, M. (2010). Bridging the science and practice of clinical supervision: Some discoveries, some misconceptions. *The Clinical Supervisor*, 29(1), 95–116.
- Ellis, M. V. (2017). Narratives of harmful clinical supervision [Narrativas de supervisión clínica nociva]. *The Clinical Supervisor*, 36(1), 20–87. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1297752>
- Falender, C. A., y Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. American Psychological Association.
- Falender, C., Cornish, J. E., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N. J., Leventhal, G., y Grus, C. (2004). Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 771–785.

- Falender, C. A., y Shafranske, E. P. (2008). Best practices of supervision. En C. A. Falender y E. P. Shafranske (Eds.), *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach* (pp. 3–15). American Psychological Association.
- Falender, C. A., y Shafranske, E. P. (2014). Clinical supervision: The state of the art. *Journal of Clinical Psychology*, 70(11), 1030–1041.
- Fernández Álvarez, H. (2008). Supervisión en psicoterapia. En H. Fernández Álvarez (Ed.), *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008* (pp. 177–204). Desclée.
- Fernández-Álvarez, H. (2016). Reflections on supervision in psychotherapy [Reflexiones sobre la supervisión en psicoterapia]. *Psychotherapy Research*, 26(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014009>
- Fernández-Álvarez, H., y Grazioso, M. P. (2023). Desafíos de la supervisión en psicoterapia [Editorial]. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 1–8. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38692>
- Fernández Liria, A., y Rodríguez Vega, B. (2019). Psicoterapias en la red comunitaria de atención a la salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 175–188.
- Foucault, M. (1978). ¿Qué es la crítica? Crítica y Aufklärung. *Revista Internacional de Filosofía*, 11. Universidad de Murcia. <https://revistas.um.es/daimon/article/view/7261>
- Garrido Fernández, M. (2021). *Psicoterapia y sentido del humor. Fundamentos, modelos y aplicaciones* (2º vol. de *El humor es sabiduría*, 2020). Letra Minúscula.
- Grindberg, L. (1990). *La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Hackney, H., y Goodyear, R. (1984). Carl Rogers' client-centered approach to supervision. En R. Levant y J. Shlien (Eds.), *Client centered therapy and the person centered approach: New directions in theory, research and practice* (pp. 278–296). Praeger Publishers.
- Han, B.-C. (2021). *No-cosas: Quebras del mundo de hoy* (C. Gutiérrez, Trad.). Taurus.
- Hawkins, P., y Shohet, R. (2012). *Supervision in the helping professions* (4th ed.). Open University Press.
- Hess, A. (2008). Psychotherapy supervision: A conceptual review. En A. Hess, K. Hess, y T. Hess (Eds.), *Psychotherapy supervision: Theory, research and practice* (pp. 3–24). John Wiley y Sons.
- Holloway, E. L., Neufeldt, S., y Allstetter, S. (1995). Supervision: Its contributions to treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 207–213.
- Holloway, E. L. (2014). Supervisory roles within systems of practice. En C. E. Watkins y D. Milne (Eds.), *The wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 598–621). Wiley.
- Lacan, J. (1966). *Écrits: A selection*. Norton & Company.
- Leddick, G. R. (1994). Models of clinical supervision. *ERIC-Digest Supervision: Exploring the effective components*.
- Linares, J. L. (2008). *Terapia familiar. Aprendizaje y supervisión*. Trillas.
- McWilliams, N. (2021). *Psychoanalytic supervision* [Supervisión psicoanalítica]. Guilford.
- Milne, D. L. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice* [Supervisión clínica basada en la evidencia: principios y práctica]. John Wiley & Sons.
- Milne, D. L. (Ed.). (2014). *The Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 576–597). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118846360.ch28>
- Montalvo, B. (1973). Aspects of live supervision [Aspectos de la supervisión en vivo]. *Family Process*, 12(4), 343–359. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1973.00343.x>
- Morgan, M. M., y Sprenkle, D. H. (2007). Toward a common-factors approach to supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(1), 1–17.
- Penn, P. (1985). Feedforward: Future questions, future maps. *Family Process*.
- Prata, G., Vignato, M., y Bullrich, S. (2001). *El niño que mecía la barca*. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares. Deusto.
- Rodríguez Morejón, A. (2019). *Manual de psicoterapias. Teorías y técnicas*. Herder.
- Rodríguez Vega, B., Ávila, A., Pereira, R., y Olabarria, B. (2012). Documento marco de consenso de acreditación de psicoterapeutas (Consensus document for the accreditation of psychotherapists). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116). (Documento fechado en Madrid, 28 de septiembre de 2011).
- Roth, A., y Pilling, S. (2007). *A competence framework for the supervision of psychological therapies*. University College London.
- Saúl, L. A., Botella, L., y Sanfeliciano, A. (2023). Utilización de mapas cognitivos borrosos en supervisión clínica en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 133–148. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38710>
- Senediak, C. (2014). Integración de la práctica reflexiva en la supervisión de la terapia familiar. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 34(4), 338–351. <https://doi.org/10.1002/anzf.1035>
- Stoltenberg, C. D., Bailey, K. C., Cruzan, C. B., Hart, J. T., y Ukuku, U. (2014). The integrative developmental model of supervision. En D. A. Dingwell (Ed.), *The Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 576–597). Wiley.
- Watkins, C. E., Hook, J. N., Mosher, D. K., y Callahan, J. L. (2019). Humility in clinical supervision: Fundamental, foundational and transformational [Humildad en la supervisión clínica: fundamental, fundacional y transformacional]. *The Clinical Supervisor*, 38(1), 58–78. <https://doi.org/10.1080/07325223.2018.1487355>
- Watkins, C. E. (2023). Incorporación de la humildad cultural y las pautas de humildad cultural en la relación de supervisión de la psicoterapia: Un compromiso y una promesa. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 9–18. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38689>
- Wrape, E. R., Callahan, J. L., Ruggero, C. J., y Watkins, C. E. (2015). An exploration of faculty supervisor variables and their impact on client outcomes. *Training and Education in Professional Psychology*, 9(1), 35–43.

Article

Adaptation and Validation of the Revised Test for Need for Cognitive Closure to the Argentinian Context

Luis Carlos Jaime^{1,4} , Hugo Simkin^{2,3,4} , Susana Azzollini^{1,4} , Erica Molinario⁵ ,
Gennaro Pica⁶ , Arie W. Kruglanski⁷ 

¹Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (Argentina)

²Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (Argentina)

³Facultad de Educación y Ciencias Sociales, Universidad Andrés Bello (Chile)

⁴Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) (Argentina)

⁵Department of Psychology, Florida Gulf Coast University (Estados Unidos)

⁶Scuola di Giurisprudenza, Università di Camerino (Italia)

⁷Department of Psychology, University of Maryland (Estados Unidos)

ARTICLE INFO

Received: 29/08/2025

Accepted: 28/09/2025

Keywords:

Need for cognitive closure

Dimensionality

Adaptation

Validation

Right wing authoritarianism

Social dominance orientation

ABSTRACT

Introduction: *Need for cognitive closure* (NFCC) concerns people's motivations for seeking and maintaining a definitive answer to a given problem as against confusion, ambiguity, and/or uncertainty (Webster & Kruglanski, 1994). To assess individual differences in need for cognitive closure Webster and Kruglanski (1994) developed a need for cognitive closure scale (NFCS), whose original formulation presented a unidimensional factor structure. A two factors structure (i.e., urgency tendency [seizing] and permanency tendency [freezing]) was later found by other authors (Pierro & Kruglanski, 2005) and developed into the Revised Test for Need for Cognitive Closure (RT-NFCC). **Methods:** The main objective of the present work was to adapt and validate a measure of the need for cognitive closure scale (Webster & Kruglanski, 1994) to the Argentinian context. We adapted the RT-NFCC to the Argentinian context, using a non-probabilistic, intentional sample of university students from University of Buenos Aires ($N = 713$; Women 78.8 %; $Mage = 27.43$). **Results:** The results indicated a very good fit of the data to the two-factorial model. The level of reliability of the two factors was proven adequate (Urgency: $\alpha = .83$; Permanency: $\alpha = .72$). **Discussion:** The adaptation demonstrates psychometric performance with a high degree of accuracy for evaluation in the Argentine context.

Adaptación y Validación del Test Revisado de Necesidad de Cierre Cognitivo al Contexto Argentino

RESUMEN

Introducción: La necesidad de cierre cognitivo (NFCC) hace referencia a las motivaciones de las personas para buscar y mantener una respuesta definitiva a un problema dado frente a la confusión, la ambigüedad y/o la incertidumbre (Webster & Kruglanski, 1994). En aras de medir las diferencias individuales en NFCC, Webster y Kruglanski (1994) desarrollaron la escala NFCS, la cual originalmente manifestaba una estructura factorial unidimensional. Posteriormente, otros autores (Pierro & Kruglanski, 2005) encontraron una estructura bidimensional (es decir, tendencia a la urgencia y tendencia a la permanencia) desarrollando el test revisado de NFCC (RT-NFCC). **Método:** El objetivo principal del presente trabajo fue adaptar y validar una medida de la escala de necesidad de cierre cognitivo (Webster & Kruglanski, 1994) al contexto argentino. Adaptamos el RT-NFCC al contexto argentino, utilizando una muestra

Palabras clave:

Necesidad de cierre cognitivo

Dimensionalidad

Adaptación

Validación

Autoritarismo del ala de derechas

Orientación a la dominancia social

Cite as: Jaime, L. C., Simkin, H., Azzollini, S., Molinario, E., Pica, G. y Kruglanski, A. W. (2025). Adaptation and validation of the revised test for need for cognitive closure to the argentinian context. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 114-120. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.46081>

Corresponding author: Jaime, Luis Carlos, luiscarlosjaime@gmail.com

This article is published under Creative Commons License 4.0 CC-BY-NC

intencional no probabilística de estudiantes universitarios de la Universidad de Buenos Aires ($N = 713$; Mujeres 78.8 %; $M = 27.43$). **Resultados:** Los resultados indican un muy buen ajuste de los datos al modelo de dos factores siendo la confiabilidad adecuada (Urgencia: $.83 = \alpha$; Permanencia: $.72 = \alpha$). **Discusión:** La adaptación muestra un comportamiento psicométrico con un alto grado de precisión para su evaluación en el contexto argentino.

Introduction

Human being's relationship with uncertainty is certainly not easy. Some people can deal with it, but others just want it as far away as possible. Webster and Kruglanski (1994) introduced the concept of Need for Cognitive Closure (hereinafter NFCC) to refer to individuals' cognitive motivation to seek, find, and sustain a definitive answer to a specific problem as a way of tackling the confusion, ambiguity, and/or uncertainty. This motivation represents a psychological state centring on relatively stable dispositional individual differences and is a continuum ranging from an intense need to reach closure at one end and an equally intense need to avoid closure at the other (Webster & Kruglanski, 1994).

NFCC is composed of two different yet complementary sequential phases: the urgency tendency (seizing) to achieve specific knowledge and the permanence tendency (freezing) of such knowledge (Kruglanski & Webster, 1996). The first phase refers to the desire to reach the closure as soon as possible seeking an immediate response to a problem or uncertainty. The second phase refers to the inclination to maintain the current closure as long as possible, perpetuating cognitive closure and avoiding considering new information that may question the problem's adopted solution. In this sense, the freezing phase safeguards the knowledge system against new, contradictory information (Roets & Van Hiel, 2007). Thus, both tendencies together influence the NFCC level. People with lower NFCC are capable of living with uncertainty and being reluctant to commit to a definite opinion, close problems, or make decisions rapidly. On the contrary, people with higher NFCC experience adversely the absence of a clear and lasting response in situations of uncertainty, tend to seize a solution as rapidly as possible and freeze on it, being more likely to decide on the basis of non-conclusive evidence, while displaying a rigidity of thinking and a reluctance to take into account points of view that differ from their own (Kruglanski, 2001).

Webster and Kruglanski (1994) developed the need for cognitive closure scale (henceforth NFCS) as a measure of the individual's desire for an answer on a given topic, compared to confusion and ambiguity. This enabled an analysis of the construct in the adult population using forty-two Likert-type six-point response format items. Initially, the authors developed the NFCS as a one-dimensional measure of NFCC encompassing its five main aspects: discomfort with ambiguity; rapid decision-making capacity in judgments and choices; the desire or preference for order and structure; the closed-minded mentality; and a desire or preference for knowledge to predict situations or future events (Webster & Kruglanski, 1994). Subsequently, Pierro and Kruglanski (2005) proposed a two-factors model correlated with a second order factor and composed of urgency tendency (seizing), and permanence tendency (freezing) (Revised Test for Need for Cognitive Closure- RT-NFCC).

The main novelty of the RT-NFCC lies in the fact that the items were designed to explicitly evaluate the two tendencies promoted by NFCC: the urgency tendency and the permanence

tendency (Pierro & Kruglanski, 2005). Compared to Webster and Kruglanski's (1994) one-dimensional structure forty-two items version, the RT-NFCC is a two-dimensional structure pared-back fourteen-item test. Factorial analyses of the RT-NFCC have shown the presence of two correlated factors representing the urgency and permanence tendencies (Pierro & Kruglanski, 2005). Both the RT-NFCC and the NFCS showed similar psychometric properties regarding internal consistency and validity. The RT-NFCC scores correlate significantly with the original NFCC test scores ($r = .92$; $p < .01$) (Pierro & Kruglanski, 2008). Furthermore, the RT-NFCC scores display adequate reliability in their internal consistency with Cronbach alpha values between .70 and .80 like the original NFCC test scores (Orehek et al., 2010).

The development of the RT-NFCC allowed studying the influence of NFCC on other variables such as prejudice (Baldner et al., 2019), forgiveness (Pica et al., 2020), populism (Molinario et al., 2021), retrieval-induced forgetting (Pica et al., 2018), memory and judgment (Dijksterhuis et al., 1996), sexism (Švedas & Erentaitė, 2014), acculturation (Kashima & Loh, 2006), conservative beliefs and racism (Van Hiel et al., 2004), decision-making style (Shiloh et al., 2001), Islamic extremism (Webber et al., 2018), personality traits (Gärtner et al., 2024), affective reactions to uncertainty (Kruglanski et al., 2025), to name a few. However, in addition to the themes presented, two other psychological variables that are related to NFCC are Right-wing authoritarianism (RWA) and Social Dominance Orientation (SDO). The first one is defined as the covariation of three attitudinal clusters: authoritarian submission, authoritarian aggression, and conventionalism (Altemeyer, 1981). The first refers to the tendency to submit to the authorities perceived as fully legitimate in the government of society. The second evaluates the predisposition to hostility towards people and groups considered as potential threats to the social order. Finally, the third refers to the general acceptance of social conventions (Altemeyer, 1981).

On the other hand, SDO is defined as the individual predisposition towards hierarchical and non-egalitarian intergroup relationships, that is, the degree to which an individual supports a hierarchical group system (Sidanius & Pratto, 1999). The concept was developed by Pratto et al. (1994), who postulated that the structures that sustain social inequality tend to be reinforced through this psychological mechanism that attempts to explain the desire of individuals to establish and sustain social hierarchies, as well as subordination of groups considered inferior to others perceived as superior.

Both RWA and SDO can be understood as attitudinal dimensions of political conservatism and are related to the NFCC since both provide the individual with rigid, orderly, and non threatening schemes with respect to the organization of society, giving the feeling of an orderly and controllable world (Jost et al., 2003). In this sense, individuals with a greater motivation to seek and maintain a definitive answer to a specific problem to avoid uncertainty, will be drawn to these attitudinal dimensions since both variables refer to behaviors that can be thought of as associated with the need for

cognitive closure (Roets et al., 2006). While individuals with a greater tendency towards SDO will support hierarchical and unequal social systems in which some groups (generally the in-group) legitimately possess a privileged position and that can keep other groups (the out-groups) in a subordinate position (Pratto et al., 1994), people with a greater tendency towards RWA will adhere to and abide by social conventions, instead of rejecting them (Altemeyer, 1981).

The Present Research

The NFCC scale has been adapted to several cultural contexts such as Netherlands (Cratylus, 1995), Italy (De Grada et al., 1996), Germany (Kemmelmeyer, 1997), Poland (Kossowska, 2003), Japan (Suzuki & Sakurai, 2003), China (Moneta & Yip, 2004), Spain (Horcajo et al., 2011), Belgium (Roets & Van Hiel, 2011), Turkey (Hasan et al., 2017; Yilmaz, 2018), Macedonia (Sulejmanov et al., 2018), South Korea (Kim, 2020), Brazil (Caro Simões dos Reis & Pilati, 2021), India (Paliwal & Kumar, 2022), and Rusia (Yasin & Khukhlaev, 2023). Although an adaptation of the scale to the Spanish-speaking world has already been carried out in with Spaniards (Horcajo et al., 2011), an adaptation and validation of measurement to the Argentinian context is still missing. Thus, the main aim of this work is to adapt and validate the RT-NFCC scale (Pierro & Kruglanski, 2005) to the Argentinian context and assess its factorial structure. Toward these aims we conducted a cross-sectional study described in what follows.

Method

Sample

Participants were selected by incidental non-probability sampling on the basis of age and gender. Participants were students recruited during classes at the University of Buenos Aires ($N = 713$; Women 78.8 %; Age range = 18-50, M age = 27.43; SD age = 4.13). The sample size was determined considering the analyses performed. For correlations, an a priori calculation with G*Power 3.1 (Faul et al., 2007) indicated a minimum of 84 participants to detect moderate correlations ($r = 0.30$), following Cohen's (1988) effect size criteria, with $\alpha = 0.05$ and a desired power of 0.80. The actual power obtained with the study sample was 0.80. For the CFA, following recommendations from the literature (Kline, 2012; Hair et al., 2009), a minimum of 200–400 participants is suggested to ensure stability of the estimators and robustness of the fit indices. The final sample of the study ($N = 713$) far exceeds these thresholds, ensuring high power and reliability in the analyses performed. Participants did not receive any compensation for their participation. Responses were collected using paper and pencil.

Measures

The Revised Test for Need for Cognitive Closure (RT-NFCC)

A 14-items scale was used to measure NFCC. This scale is an adaptation of the RT-NFCC (Pierro & Kruglanski, 2005) whose items are grouped into two dimensions: urgency tendency (e.g., 'In case of uncertainty, I prefer to make an immediate decision, whatever it may be') and permanency tendency (e.g., 'Generally, I do not search for alternative solutions to problems for which I

already have a solution available'). The response format is Likert-type, with six anchors depending on degree of participant agreement (1 = *Strongly Disagree*, 6 = *Completely Agree*).

Right Wing Authoritarianism (RWA)

We used the Argentine adaptation and validation of the short version of the RWA scale (Etchezahar et al., 2011). This scale is made up of 6 items. Its response format is Likert-type with five anchors ranging from 1 = *"Totally Disagree"* to 5 = *"Totally Agree"*.

Social Dominance Orientation (SDO)

To measure Social Dominance Orientation we used the Argentine adaptation and validation of the SDO scale (Etchezahar et al., 2014). This scale is made up of 10 items whose items are grouped into two dimensions: Group dominance and Opposition to equality, which together make up the SDO construct ($\alpha = .84$). The response format is a 5-points Likert-type scale ranging from 1 = *"Completely Disagree"* to 5 = *"Completely Agree"*.

Socio-Demographic

Participants were asked to report their age and sex.

Procedure

The adaptation process involved three stages. First, we applied the international methodological standards recommended by the International Test Commission (ITC) for the correct adaptation of the instrument from one language context to another (Muniz et al., 2013). Specifically, the instrument was first translated from English to Spanish by two translators and then from Spanish to English by two back-translators (i.e., translation-back-translation process). These translations were, then, scrutinised by a group of five experts, who determined their suitability to the Argentinian context and their construct validity. Following the experts' analysis, a third phase was implemented, in which the RT-NFCC was administered to a sample of 713 participants. Along with the RT-NFCC, and for validation purposes we also administered the Argentine adaptation of the Right-Wing Authoritarianism Scale (RWA) (Etchezahar et al., 2011) and the Argentine adaptation of the Social Dominance Orientation scale (SDO) (Etchezahar et al., 2014), and finally, we collected sociodemographic information about the participants.

Subjects were invited to participate voluntarily in the research recruited by researchers and professors, and the questionnaires were administered to them in paper format. Their informed consent, which included information complying with the National Law 25,326 for personal data protection, was collected prior to the administration of the questionnaire.

Data Analysis

Data were analysed using the statistical packages SPSS 22, AMOS 6.1 and EQS 6.4. First, we assessed the reliability of RT-NFCC. Specifically, following recommendations in the literature (Dunn et al., 2014), we looked at the RT-NFCC internal consistency using Cronbach's alpha statistics and the omega coefficient. Second, we evaluated the construct's validity using a confirmatory factor

analysis (hereinafter CFA) based on the robust generalised least squares (GLS) method, following previous recommendations (Schermelleh-Engel et al., 2003). The model was evaluated using the comparative fit index (CFI), and the root mean square error of approximation (RMSEA), as well as the root mean square residual (RMR), as recommended in the literature (Holgado-Tello et al., 2015; Kline, 2005; Lomax & Schumacker, 2004).

Results

First, we assessed the construct validity of the scale by conducting a CFA using AMOS 6.1. We tested a two dimensional-structural model in which the permanency and urgency dimensions are correlated. This model is in line with [Pierro and Kruglanski \(2005\)](#). See [Figure 1](#) for the graphical representation of the structural model tested.

To interpret the CFA, the following goodness of fit indicators were used: a) df ; b) Root mean-square error of approximation (RMSEA), this index is used to evaluate the level of error that the tested model entails, considering that it is possible to accept scores lower than .08 as an indicator of an appropriate adjustment ([Browne & Cudeck, 1993](#)); c) Comparative fit index (CFI), being indicators of a good adjustment values $> .90$ ([MacCallum & Austin, 2000](#)); d) Residual mean square root-RMR (RMR values should be ≤ 0.08 , to indicate a good fit). The CFA showed a good fit to the data $df = .76$; $RMSEA = .0638$; $CFI = .947$; $RMR = .0694$ ([Bentler, 1990](#); [Hu & Bentler, 1999](#)).

Next, to assess the external validity of the scale we tested the relationships between NFCC, RWA, and SDO. We found a statistically significant and positive, association. between RT-NFCS

and SDO_DG ($r = .32$, $p < .01$), RT-NFCS and RWA ($r = .32$, $p < .01$), and SDO_DG and RWA ($r = .42$, $p < .01$) (see [Table 1](#)). The interpretation of the correlation coefficients was carried out following [Cohen \(1988\)](#), with $r = 0.10$ considered a small effect, $r = 0.30$ a medium effect, and $r = 0.50$ a large effect.

Next, we evaluated the internal consistency of the two NFCS domains (i.e., urgency tendency and permanency tendency). The internal consistency of the two dimensions was evaluated by conducting a Cronbach's alpha analysis and the omega coefficient analysis using SPSS 22. The Cronbach's alpha analysis showed reliability levels for both the urgency dimension ($\alpha = .83$) and the permanence dimension ($\alpha = .72$). The omega coefficient analysis, instead, indicated a value of .83 for the urgency dimension and .72 for the permanence dimension. A high value (often ≥ 0.70 or higher) indicates that the items within the scale are well-correlated and work together to provide a trustworthy measure of the intended concept, in this sense, both Cronbach's alpha statistics and the omega coefficient values obtained were satisfactory ([Dunn et al., 2014](#); [Hair et al., 2009](#); [Arias et al., 2014](#)).

Finally, it is possible to conclude that the fourteen adapted items contributed to the construct they represent (see [Table 2](#)). In the context of exploratory factor analysis (EFA), factor loadings greater than .40 are generally considered acceptable for interpretation. According to [Kline \(2012\)](#), a loading $\geq .40$ is acceptable, and a loading $\geq .60$ is strong. In our study, before conducting the CFA, we found in the EFA that values obtained in Urgency Factor (factor loadings ranging from .633 to .765) and in Permanency Factor (factor loadings ranging from .496 to .701) were satisfactory (see [Table 2](#)).

Discussion

The study's main aim was to adapt and validate the RT-NFCC in the Argentinian context. The results suggest that the scale obtained is a suitable instrument to assess NFCC, with adequate levels of internal consistency and construct validity. The two dimensions model as proposed by [Pierro and Kruglanski \(2005\)](#) displays a good fit with the data.

The results suggest that the adaptation of the RT-NFCC displays psychometric behavior with a high degree of accuracy for the Argentinian context. Both their psychometric properties and dimensionality are very similar to those of the original RT-NFCS.

Figure 1
Structural Model for RT-NFCC

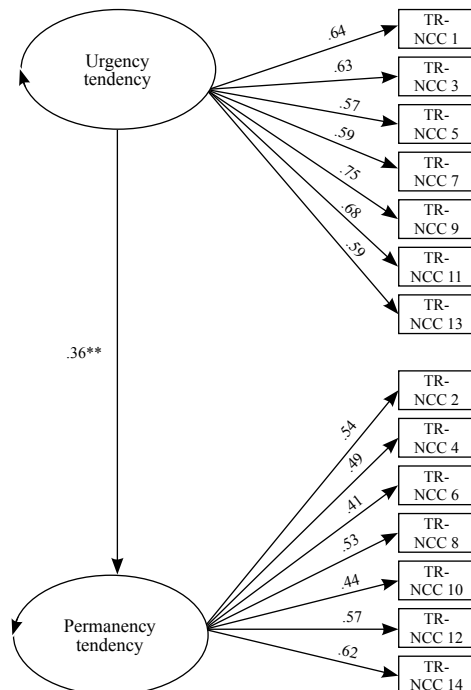


Table 1

Correlations Between Social Dominance Orientation and Right-Wing Authoritarianism With the Need for Cognitive Closure

	1	2	3	4	5	6
1. RT-NFCS	1					
2. RT-NFCS -P	.795**	1				
3. RT-NFCS -U	.811**	.291**	1			
4. RWA	.323**	.349**	.184**	1		
5. SDO-DG	.321**	.270**	.234**	.421**	1	
6. SDO-OI	-.027	-.008	-.043	-.038	-.365**	1

** $p < .01$; * $p < .05$.

DG: Group dominance; OI: opposition to equality; RWA: Right wing authoritarianism; SDO: Social Dominance Orientation; RT-NFCS: Need for cognitive closure; RT-NFCS -P: Permanency; RT-NFCS -U: Urgency

Table 2*Items and Factorial Loads of Each Item to Each Factor on the EFA From the RT-NFCC Adaptation and Validation to the Argentinian Context*

RT-NFCC		
Items for Urgency	Factor loadings of the Urgency dimension	Factor loadings of the Permanency dimension
Item 1. En caso de incertidumbre, prefiero tomar una decisión inmediata, sea la que sea. Item 1. In case of uncertainty, I prefer to make an immediate decision, whatever it may be.	,659	,221
Ítem 3. Cuando estoy frente a varias alternativas potencialmente válidas, me decido a favor de una rápidamente y sin dudar. Item 3. When I find myself facing various, potentially valid, alternatives, I decide in favor of one of them quickly and without hesitation.	,706	,080
Ítem 5. Prefiero decidirme de acuerdo con la primera solución disponible, en vez de considerar en detalle qué decisión debería tomar. Item 5. I prefer to decide on the first available solution rather than to ponder at length what decision I should make.	,633	,168
Ítem 7. Cuando me enfrento a un problema, no pienso mucho sobre él y me decido sin dudar. Item 7. When I need to confront a problem, I do not think about it too much and I decide without hesitation.	,687	,037
Ítem 9. En situaciones de incertidumbre, prefiero tomar decisiones rápidas. Item 9. When I need to solve a problem, I generally do not waste time in considering diverse points of view about it.	,750	,229
Ítem 11. Suelo tomar decisiones rápidas y sin pensar demasiado. Item 11. Generally, I do not search for alternative solutions to problems for which I already have a solution available.	,765	,005
Item 13. Me gusta tomar decisiones rápidas. Item 13. After having found a solution to a problem I believe that it is a useless waste of time to take into account diverse possible solutions	,686	,007
Items for Permanency		
Ítem 2. Me siento muy incómodo cuando las cosas a mi alrededor no están en su sitio. Item 2. I get very upset when things around me aren't in their place.	,028	,658
Ítem 4. No suelo participar de discusiones sobre temas ambiguos y controvertidos. Item 4. Generally, I avoid participating in discussions on ambiguous and controversial problems.	,174	,564
Ítem 6. Prefiero estar con personas que tienen las mismas ideas y gustos que yo. Item 6. I prefer to be with people who have the same ideas and tastes as myself.	,076	,496
Ítem 8. Me siento incómodo cuando no logro dar una respuesta rápida a un problema que tengo. Item 8. I feel uncomfortable when I do not manage to give a quick response to problems that I face.	,105	,618
Ítem 10. Cualquier solución a un problema es mejor que permanecer en un estado de incertidumbre. Item 10. Any solution to a problem is better than remaining in a state of uncertainty.	,215	,496
Ítem 12. Me gustan más las actividades en las que está siempre claro qué es lo que hay que hacer y cómo hay que hacerlo. Item 12. I prefer activities where it is always clear what is to be done and how it need to be done.	-,032	,685
Ítem 14. Prefiero cosas a las que estoy acostumbrado que aquellas que no conozco y no puedo predecir. Item 14. I prefer things that I am used to over those I do not know and cannot predict.	,055	,701

In terms of internal consistency, the values of each factor ($\alpha > .70$) were acceptable and in line with the literature (Freiberg-Hoffmann et al., 2013; Arias et al., 2014). In this vein, reliability indices in the present sample are similar to those reported both by the original authors of the instrument (Pierro & Kruglanski, 2005) and other validations performed in different cultural contexts (De Grada et al., 1996; Horcajo et al., 2011; Moneta & Yip, 2004). In particular, the psychometric behavior of the items as well as the factorial structure are very similar to the Spanish version (Horcajo et al., 2011), which can be explained because both samples share the same language and a very similar form of idiosyncrasy due to the Spanish cultural heritage in Argentina. For example, the reliability analysis showed levels similar for both the urgency dimension ($\alpha = .83$ in the Argentinean adaptation and $\alpha = .79$ in the Spanish adaptation) and the permanence dimension ($\alpha = .72$ in the Argentinean adaptation and $\alpha = .70$ in the Spanish adaptation).

The CFA verifies the model proposed by the authors (Pierro & Kruglanski, 2005), displaying a good fit with the data collected in the field (Bollen, 1986; Hu & Bentler, 1999; Schermelleh-Engel et al., 2003).

The estimated parameters were all statistically significant ($p < .05$), with most of them reaching appropriate values, whereas, in line with the literature, the factorial loads in psychology tend to hover around the .50 mark (Beauducel & Herzberg, 2006). Only three of fourteen parameters estimated in the model did not attain the recommended values. These results suggest there is a predominance of explanatory variables contributing more than 50 % ($R^2 > .50$) to the observed variability in the data (Kline, 2005). Moreover, in line with what Roets & Van Hiel, (2006) found, the adapted NFCS correlates moderately with Social Dominance Orientation (SDO) and Right-wing authoritarianism (RWA), providing support for the external validity of the scale. This correlation can be explained because the NCC is associated with conservative, authoritarian, and hierarchical attitudes, as these attitudes all offer structure and certainty in the face of complexity. In this way, RWA and SDO function as “antidotes” to ambiguity, offering quick certainties, rigid structures, and clear hierarchies that satisfy the desire for order, simplicity, and closure characteristic of individuals high in NCC (Roets & Van Hiel, 2006).

It should be noted that most of the studies on the NFCC construct were conducted with university students; in this respect, the present study is no exception. This contributes to the comparability of the present results with research in which the NFCC was originally developed and tested. Nonetheless, this strength is also a limitation of the present research. Future research is therefore necessary to expand the samples with subjects from other demographics to further improve the scale's validity.

In conclusion, the results suggest that the present scale is a valid Argentinian adaptation of the RT-NFCC and therefore, it is a valid tool for conducting empirical research on the NFCC in Argentina. Due to a prior lack of an adapted measure, research on NFCC in Argentina has been very limited and its results have not been comparable to international research on NFCC.

This work will overcome this gap in the literature and extend research on NFCC in the Argentinian context. Extending the study of NFCC using a validated scale is important because NFCC underlies not only important social outcomes, such as extremism, authoritarianism, and prejudice, but also clinical outcomes. The need for cognitive closure (NCC) plays a decisive role in clinical psychology as it shapes how patients cope with uncertainty and ambiguity. For instance, low NCC in patients fosters cognitive flexibility and tolerance of uncertainty (Berenbaum et al., 2008). Given that intolerance of uncertainty has been linked to disorders such as obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder (Gentes & Ruscio, 2011), assessing NCC is crucial for tailoring interventions, strengthening the therapeutic alliance, and preventing diagnostic or therapeutic errors. The presently validated scale will allow us to assess these phenomena in Argentina.

Conflict of Interest

Los autores no tienen conflictos de interés.

Funding

This project was funded by the University of Buenos Aires, within the framework of the UBACyT 2023 Projects of the Faculty of Psychology.

References

- Altemeyer, B. (1981). *Right-Wing Authoritarianism*. Winnipeg: University of Manitoba Press.
- Arias, M. R. M., Lloreda, M. V. H., & Lloreda, M. J. H. (2014). *Psicometría*. Alianza Editorial.
- Baldner, C., Jaume, L. C., Pierro, A., & Kruglanski, A. W. (2019). The epistemic bases of prejudice: The role of need for cognitive closure. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 26(3).
- Beauducel, A., & Herzberg, P. Y. (2006). On the performance of maximum likelihood versus means and variance adjusted weighted least squares estimation in CFA. *Structural Equation Modeling*, 13(2), 186-203.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238.
- Berenbaum, H., Bredemeier, K., & Thompson, R. J. (2008). Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 117-125.
- Bollen, K. A. (1986). Sample size and Bentler and Bonett's nonnormed fit index. *Psychometrika*, 51(3), 375-377.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. *Sage Focus Editions*, 154, 136-136.
- Caro Simões dos Reis, M. I., & Pilati, R. (2021). Need for closure: Measure adaptation to Brazil and relation with moral foundations and prosociality. *Trends in Psychology*, 29(1), 86-103.
- Cohen, J. (1988). Set correlation and contingency tables. *Applied Psychological Measurement*, 12(4), 425-434.
- Cratylus. (1995). *Need for closure (Nederlandse versie)*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Vakgroep Sociale Psychologie.
- De Grada, E., Kruglanski, A. W., Mannetti, L., Pierro, A., & Webster, D. (1996). Motivated cognition and group interaction: Need for closure affects the contents and processes of collective negotiations. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35(4), 346-365.
- Dijksterhuis, A. P., Van Knippenberg, A. D., Kruglanski, A. W., & Schaper, C. (1996). Motivated social cognition: Need for closure effects on memory and judgment. *Journal of Experimental Social Psychology*, 32(3), 254-270.
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412.
- Etchezahar, E., Cervone, N., Biglieri, J., Quattrocchi, P., & Prado-Gascó, V. (2011). Adaptación y validación de la versión reducida de la escala de autoritarismo de derechas (RWA) al contexto argentino. *Anuario de investigaciones*, 18, 237-242.
- Etchezahar, E., Prado-Gascó, V., Jaume, L., & Brussino, S. (2014). Validación argentina de la Escala de Orientación a la Dominancia Social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 35-43.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Freiberg Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G., & Fernández Liporace, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151-164.
- Gärtnert, J., Jebram, L., & Harendza, S. (2024). Personality traits predict the need for cognitive closure in advanced undergraduate medical students. *BMC Medical Education*, 24(1), 1280.
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 923-933.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman Editora.
- Hasan, A. T. A. K., Moin, S. Y. E. D., & Figen, Ç. O. K. (2017). Examination of psychometric properties of the Need for Closure Scale-Short Form among Turkish college students. *Archives of Neuropsychiatry*, 54(2), 175.
- Holgado-Tello, F. P., Chacón-Moscoso, S., Barbero-García, I., Vila-Abad, E., & Delgado, B. (2015). Training program evaluation in non-standardized context: Comple-mentarity across factorial and multilevel analysis to obtain construct validity evidences. *Anales de Psicología*, 31(2), 725.
- Horcajo, J., Díaz, D., Gandarillas, B., & Briñol, P. (2011). Adaptación al castellano del Test de Necesidad de Cierre Cognitivo. *Psicothema*, 23(4).
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.

- Jost, J. T., Glaser, J., Kruglanski, A. W., & Sulloway, F. J. (2003). Political conservatism as motivated social cognition. *Psychological Bulletin*, 129(3), 339.
- Kashima, E. S., & Loh, E. (2006). International students' acculturation: Effects of international, conational, and local ties and need for closure. *International Journal of Intercultural Relations*, 30(4), 471-485.
- Kemmelmeyer, M. (1997). Need for closure and political orientation among German university students. *The Journal of Social Psychology*, 137(6), 787-789.
- Kim, E. (2020). Validation of the Need for Closure Scale-Short Form. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 21(10), 166-173.
- Kline, R. B. (2012). Assumptions in structural equation modeling. *Handbook of Structural Equation Modeling*, 111, 125.
- Kline, T. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation*. Sage.
- Kossowska, M. (2003). Różnice indywidualne w motywacji poznawczej [Individual differences in cognitive motivation]. *Przegląd Psychologiczny*, 46, 355-375.
- Kruglanski, A. W. (2001). Motivation and social cognition: Enemies or a love story? *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(1), 33-45.
- Kruglanski, A. W., Ellenberg, M., Szumowska, E., Dragon, P., Pierro, A., Contu, F., Molinaro, E., Altungy, P., Jaume, L. C., Laurijssen, M., & Wang, M. (2025). Facing the unknown with hope or fear: On the affective reactions to outcome uncertainty. *European Review of Social Psychology*, 1-36.
- Kruglanski, A. W., & Webster, D. M. (1996). Motivated closing of the mind: "Seizing" and "Freezing". *Psychological Review*, 103, 263-283.
- Lomax, R. G., & Schumacker, R. E. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Psychology Press.
- MacCallum, R. C., & Austin, J. T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 201-226.
- Molinaro, E., Sensales, G., Kruglanski, A. W., Piccini, M. P., & Di Cicco, G. (2021). Social psychological basis of populism. *Giornale Italiano di Psicologia*. [manuscript in press]
- Moneta, G. B., & Yip, P. P. (2004). Construct validity of the scores of the Chinese version of the need for closure scale. *Educational and Psychological Measurement*, 64(3), 531-548.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.
- Orehek, E., Fishman, S., Dechesne, M., Doosje, B., Kruglanski, A. W., Cole, A. P., ... & Jackson, T. (2010). Need for closure and the social response to terrorism. *Basic and Applied Social Psychology*, 32(4), 279-290.
- Paliwal, D., & Kumar, R. (2022). Exploring the five-factor structure of the need for closure scale on Indian samples using exploratory and confirmatory factor analysis. *European Journal of Psychology and Educational Research*, 5(1), 45-51.
- Pica, G., Chernikova, M., Pierro, A., Giannini, A. M., & Kruglanski, A. W. (2018). Retrieval-induced forgetting as motivated cognition. *Frontiers in Psychology*, 9, 2030.
- Pica, G., Jaume, L. C., & Pierro, A. (2020). Let's go forward, I forgive you! On motivational correlates of interpersonal forgiveness. *Current Psychology*, 1-9.
- Pierro, A., & Kruglanski, A. W. (2005). Revised need for cognitive closure scale (Unpublished manuscript). Università di Roma, "La Sapienza", Rome, Italy.
- Pierro, A., & Kruglanski, A. W. (2008). "Seizing and freezing" on a significant-person schema: Need for closure and the transference effect in social judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(11), 1492-1503.
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 741-763.
- Roets, A., & Van Hiel, A. (2006). Need for closure relations with authoritarianism, conservative beliefs and racism: The impact of urgency and permanence tendencies. *Psychologica Belgica*, 46, 235-252.
- Roets, A., & Van Hiel, A. (2007). Separating ability from need: Clarifying the dimensional structure of the need for closure scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(2), 266-280.
- Roets, A., & Van Hiel, A. (2011). Item selection and validation of a brief, 15-item version of the Need for Closure Scale. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 90-94.
- Roets, A., Van Hiel, A., & Cornelis, I. (2006). The dimensional structure of the Need for Cognitive Closure Scale: Relationships with "seizing" and "freezing" processes. *Social Cognition*, 24, 22-45.
- Schermelele-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Shiloh, S., Koren, S., & Zakay, D. (2001). Individual differences in compensatory decision-making style and need for closure as correlates of subjective decision complexity and difficulty. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 699-710.
- Sidanius, J., & Pratto, F. (1999). *Social Dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. Cambridge: University Press.
- Sulejmanov, F., Spasovski, O., & Platt, T. (2018). The development of the humor structure appreciation scale and its relation to sensation seeking inventory and need for closure scale. *The European Journal of Humour Research*, 6(1), 124-140.
- Suzuki, K., & Sakurai, S. (2003). The construction, reliability and validity of a Japanese Need for Closure Scale. *Shinrigaku Kenkyu: The Japanese Journal of Psychology*, 74(3), 270-275.
- Švedas, E., & Erentaitė, R. (2014). Epistemic motivation as predictor of social prejudice: relationship between need for closure and ambivalent sexism. *International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach* (15), 69-89.
- Van Hiel, A., Pandelaere, M., & Duriez, B. (2004). The impact of need for closure on conservative beliefs and racism: Differential mediation by authoritarian submission and authoritarian dominance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(7), 824-837.
- Webber, D., Babush, M., Schori-Eyal, N., Vazeou-Nieuwenhuis, A., Hettiarachchi, M., Bélanger, J. J., ..., & Gelfand, M. J. (2018). The road to extremism: Field and experimental evidence that significance loss-induced need for closure fosters radicalization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114(2), 270-285.
- Webster, D. M., & Kruglanski, A. W. (1994). Individual differences in need for cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1049.
- Yasin, M., & Khukhlaev, O. (2023). Russian-language adaptation of the questionnaire D. Webster and A. Kruglanski "The need for cognitive closure". *Psychology. Journal of Higher School of Economics*, 20(2), 282-299.
- Yilmaz, H. (2018). The Turkish adaptation of 15-Item version of the Need for Cognitive Closure Scale and relationship between thinking and decision-making styles. *Universal Journal of Educational Research*, 6(8), 1710-1722.