



EFICACIA DE LA DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTOS OCULARES (EMDR) SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA EN POBLACIÓN ADULTA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autora: Belén Heese Sunyer

Tutora: Irene López Gómez

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Madrid, Mayo de 2026

Índice

Introducción	5
Método	9
Estrategia de búsqueda	9
Variables.....	11
Análisis de datos.....	12
Calidad de los estudios	13
Resultados	13
Características metodológicas	13
Características de la muestra	15
Características de la intervención.....	16
Riesgo de sesgo de los estudios incluidos	17
Resultados descriptivos sobre síntomas afectivos.....	19
Síntesis de la dirección del efecto mediante recuento de votos	20
Discusión.....	27
Fortalezas y limitaciones	31
Implicaciones clínicas y futuras líneas de investigación.....	32
Conclusión.....	33
Referencias.....	34
Anexo.....	39

Resumen

La sintomatología afectiva en los trastornos del estado de ánimo representa un problema clínico importante por su prevalencia, recurrencia e impacto funcional. Aunque se dispone de intervenciones psicológicas y farmacológicas eficaces, la recuperación clínica no siempre es completa ni estable. En este contexto, esta revisión sistemática evaluó la eficacia de la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) en la reducción de síntomas afectivos en población adulta.

Se realizó una búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados que evaluaran el EMDR frente a grupos control, comparadores activos o tratamiento habitual. La síntesis de resultados fue narrativa y descriptiva mediante recuento de votos por dirección del efecto. El riesgo de sesgo se evaluó mediante una adaptación de la herramienta RoB 2.

Se incluyeron ocho estudios. En el postratamiento, seis estudios mostraron una dirección del efecto favorable al EMDR y dos no encontraron diferencias entre grupos. En el seguimiento, los seis estudios con datos disponibles también mostraron una dirección favorable al EMDR en al menos un punto temporal, aunque los resultados fueron menos consistentes. La calidad metodológica fue heterogénea, con estudios clasificados como de riesgo bajo, alto e incierto.

Se concluye que el EMDR podría ser una intervención complementaria prometedora para reducir la sintomatología afectiva, especialmente en el postratamiento y en cuadros con predominio de síntomas depresivos. Sin embargo, la literatura disponible sigue siendo limitada por el reducido número de estudios, la heterogeneidad clínica y metodológica y la calidad desigual de los ensayos.

Palabras clave: EMDR, síntomas afectivos, adultos, ensayos clínicos aleatorizados

Abstract

Affective symptomatology in mood disorders represents an important clinical problem due to its prevalence, recurrence, and functional impact. Although effective psychological and pharmacological interventions are available, clinical recovery is not always complete or stable. In this context, this systematic review evaluated the effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in reducing affective symptoms in adult populations.

A search was conducted for randomized controlled trials that evaluated EMDR against control groups, active comparators, or treatment as usual. The synthesis of results was narrative and descriptive, using vote counting based on the direction of effect. Risk of bias was assessed using an adaptation of the RoB 2 tool.

Eight studies were included. At post-treatment, six studies showed a direction of effect favouring EMDR, while two found no differences between groups. At follow-up, the six studies with available data also showed a direction favouring EMDR at least at one time point, although the results were less consistent. Methodological quality was heterogeneous, with studies classified as having low, high, or unclear risk of bias.

It is concluded that EMDR could be a promising complementary intervention for reducing affective symptomatology, especially at post-treatment and in clinical presentations with a predominance of depressive symptoms. However, the available literature remains limited by the small number of studies, clinical and methodological heterogeneity, and the unequal quality of the trials.

Keywords: EMDR, affective symptoms, adults, randomized controlled trial

Introducción

Los trastornos del estado de ánimo y sus episodios afectivos (depresivos, maníacos, hipomaníacos o mixtos) representan un problema clínico y de salud pública debido a su elevada prevalencia, impacto funcional y recurrencia (American Psychiatric Association [APA], 2013). A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (2025a) estima que la depresión afecta al 4% de la población, es decir, 1 de cada 25 personas y se asocia con un mayor riesgo de conducta suicida y mortalidad por suicidio. Asimismo, el trastorno bipolar afecta alrededor del 0,5% de la población, es decir, 1 de cada 200 personas y se asocia con una discapacidad significativa, con repercusiones en el funcionamiento social y laboral (World Health Organization, 2025b).

En la depresión, según la guía National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2022), la terapia cognitivo conductual (TCC) constituye una opción terapéutica de primera línea tanto en episodios depresivos de menor gravedad como en cuadros de mayor gravedad. Asimismo, en estos últimos, también se contemplan como alternativas de primera línea los medicamentos antidepresivos y el tratamiento combinado con terapia cognitivo conductual. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud indica que, en adultos con depresión moderada a grave deben considerarse intervenciones psicológicas o tratamiento combinado, y que el uso de antidepresivos como monoterapia solo se debería contemplar en caso de no haber disponibilidad para intervenciones psicológicas (World Health Organization, 2025b). En el metaanálisis de Cuijpers et al. (2021) de 228 ensayos clínicos aleatorizados (ECA), se observó que las psicoterapias basadas en la evidencia, incluida la TCC, mejoran la sintomatología depresiva en comparación con las condiciones control. Sin embargo, la tasa de respuesta fue del 41% y la remisión se situó en aproximadamente un tercio de los participantes, sugiriendo un margen de mejora en las tasas de remisión clínica.

En relación con el trastorno bipolar, la guía NICE (2014) señala que el abordaje de los episodios agudos se apoya principalmente en tratamientos farmacológicos, especialmente antipsicóticos y estabilizadores del ánimo. Aunque estos tratamientos son eficaces, la aceptabilidad y tolerabilidad son variables y el curso del trastorno tiende a ser recurrente. En cohortes de primer episodio de manía, un 62% alcanza recuperación sintomática en el primer año y la recurrencia se sitúa alrededor de un 41% a los 12 meses (Gignac et al., 2015). Como complemento a la farmacoterapia, se han evaluado intervenciones psicológicas como la psicoeducación, la terapia cognitivo conductual y la terapia focalizada en la familia, cuyos beneficios se han observado sobre todo en variables de curso (p. ej., adherencia, detección temprana de pródromos y prevención de recurrencias). En esta línea, la revisión sistemática de

Miklowitz et al. (2021) concluyó que las intervenciones psicológicas adyuvantes junto con farmacoterapia reducen la recurrencia en comparación con condiciones control también acompañadas de farmacoterapia. Además, se observó que la TCC puede contribuir a la estabilización si el objetivo clínico es la recuperación de síntomas depresivos o maníacos moderadamente graves. Sin embargo, estas intervenciones se han evaluado principalmente como adyuvantes y orientadas a la prevención de recaídas, con escasa focalización en la manía aguda y evidencia heterogénea. Por lo tanto, hace falta explorar intervenciones complementarias que aumenten la probabilidad de recuperación clínica y reduzcan la recurrencia.

En conjunto, el abordaje de la sintomatología afectiva en los trastornos del estado de ánimo se ha centrado principalmente en un enfoque biomédico, enfocado en la estabilización sintomática y en intervenciones cognitivo-conductuales, orientado a modificar patrones cognitivos y de conducta. Sin embargo, la recuperación no siempre es completa ni sostenida, y el curso puede mantenerse recurrente. Una perspectiva complementaria para explicar esta recurrencia se centra en factores de vulnerabilidad y etiológicos, como la exposición a eventos traumáticos y experiencias adversas a lo largo de la vida. Un metaanálisis encontró que la adversidad en la infancia es más frecuente en personas con trastorno bipolar que en controles no clínicos (Palmier-Claus et al., 2016). También, en relación con episodios depresivos, otro metaanálisis encontró que el maltrato infantil se asocia a un mayor riesgo de depresión en la adultez (Nelson et al., 2017). Por ello, resulta relevante explorar intervenciones que aborden el impacto de estas experiencias y los mecanismos asociados al procesamiento emocional, como terapias centradas en el trauma. Según el DSM-5, en el contexto diagnóstico del trastorno de estrés postraumático, la exposición traumática se define como la exposición a acontecimientos que implican muerte real, amenaza de esta, violencia sexual o lesión grave (APA, 2013). Sin embargo, según Shapiro (2014), el trauma abarca experiencias adversas con alta carga emocional y potencial impacto persistente. En esta revisión se adoptará la definición de Shapiro debido a que la primera se limita a la definición de un trastorno específico, mientras que la segunda propone una conceptualización más amplia y comprehensiva del trauma.

Desde esta perspectiva, el modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (AIP) propone que la psicopatología se origina cuando determinadas experiencias vitales percibidas y vividas con elevada carga emocional, son procesadas de forma desadaptativa y son almacenadas de manera disfuncional en la memoria (Shapiro, 2001). Estos recuerdos no integrados pueden reactivarse en el presente a través de estresores internos o externos,

generando síntomas somáticos, cognitivos y emocionales, y contribuyendo al mantenimiento de la sintomatología.

En este marco se sitúa la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, EMDR), una intervención psicoterapéutica desarrollada por Shapiro cuyo objetivo es facilitar el reprocesamiento de las memorias perturbadas mediante un protocolo estructurado de ocho fases que incluye la estimulación bilateral con movimientos oculares (Shapiro, 2014). En términos generales, este proceso combina la activación de recuerdos diana con estimulación bilateral para favorecer la integración adaptativa y reducir la carga emocional asociada.

La mayor parte de la literatura sobre el EMDR se ha centrado en el trastorno de estrés postraumático (TEPT), en el que ha demostrado resultados consistentes (Chen et al., 2014) y en el que ha sido recomendado por organismos internacionales como una intervención de primera línea (World Health Organization, 2013). Más allá del TEPT, el modelo de AIP ha impulsado el estudio del EMDR en otros trastornos. La revisión sistemática de Valiente-Gómez et al. (2017) evaluó la eficacia del EMDR en trastornos psicológicos distintos del TEPT. Se concluyó que el EMDR mostraba resultados favorables en distintos contextos clínicos y que era un tratamiento eficaz para tratar síntomas afectivos. Sin embargo, también subrayó una marcada heterogeneidad metodológica y la necesidad de más ECA. Concretamente, en personas adultas con trastorno depresivo mayor, Yan et al. (2021) llevaron a cabo un metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados y observaron que el EMDR se asoció con una mayor reducción de síntomas depresivos en comparación con la terapia cognitivo conductual y condiciones de no intervención. Sin embargo, los autores señalaron que los resultados deben interpretarse con cautela, ya que los estudios incluidos presentaron alto riesgo de sesgo y tamaños muestrales reducidos. En relación con el trastorno bipolar, solo se identificó una revisión sistemática sobre la eficacia del EMDR para este trastorno (Bedeschi, 2018). Se encontraron resultados preliminares favorables al EMDR, especialmente en la reducción de síntomas afectivos asociados a experiencias traumáticas o adversas y en la prevención de recaídas. Sin embargo, la evidencia disponible era limitada y heterogénea, lo que sugiere que hay una escasez de estudios en este campo y que se requiere mayor investigación.

En relación con el mantenimiento de los resultados, las revisiones sistemáticas de Carletto et al. (2021) y Dominguez et al. (2021), sugieren que los efectos del EMDR sobre los síntomas depresivos tienden a mantenerse a corto plazo, aproximadamente entre 11 semanas y seis meses después de la intervención. Estos resultados refuerzan la relevancia clínica del tratamiento, al indicar que la reducción de síntomas afectivos persiste más allá del

postratamiento y sugiere una mayor estabilidad del cambio terapéutico. No obstante, la evidencia disponible es limitada y se requieren estudios con seguimientos más prolongados.

En síntesis, la investigación sobre la eficacia del EMDR se ha centrado principalmente en TEPT, donde ha mostrado resultados consolidados y robustos. En los últimos años, ha comenzado a observarse evidencia sobre su utilidad en la sintomatología depresiva, pero sigue habiendo un gran vacío respecto a su eficacia en los trastornos de estado de ánimo, incluidos los episodios afectivos. Además, la literatura disponible es heterogénea en diagnósticos, comparadores, protocolos y medidas de resultado, lo que dificulta extraer conclusiones que se puedan aplicar directamente a la práctica clínica. Por lo tanto, es necesario hacer una revisión sistemática restringida a ensayos clínicos aleatorizados, que evalúe de forma rigurosa la eficacia del EMDR sobre la sintomatología afectiva en comparación con grupos control o comparadores. Esta decisión metodológica es importante debido a que permite fundamentar la revisión en estudios con mayor validez interna, permitiendo atribuir con mayor confianza los efectos observados a la intervención y no a otros factores, como sesgos metodológicos.

Por lo tanto, en este artículo se presenta una revisión sistemática sobre la eficacia del EMDR en adultos con sintomatología afectiva. El objetivo general de esta revisión sistemática es evaluar la eficacia del EMDR en la reducción de la sintomatología afectiva en población adulta. Los objetivos específicos son; analizar si el EMDR reduce la sintomatología afectiva en el postratamiento en comparación con el grupo control o comparador; evaluar si los efectos del EMDR sobre la sintomatología afectiva se mantienen en el seguimiento, cuando haya datos disponibles.

La hipótesis general es que el EMDR será eficaz en la reducción de síntomas afectivos en población adulta. Las hipótesis específicas son; que el EMDR tendrá una mayor reducción de síntomas afectivos que el grupo control o comparador en el postratamiento; y los efectos del EMDR tenderán a mantenerse en el seguimiento.

Método

Estrategia de búsqueda

La búsqueda de los estudios se llevó a cabo desde noviembre de 2025 hasta principios de enero de 2026. Se revisaron las siguientes bases de datos: PubMed, PsycInfo, Cochrane Library, Psychology and Behavioral Sciences Collection (P&BSC) y Web of Science (WoS).

De forma general, la ecuación de búsqueda se estructuró en cuatro bloques conceptuales: (*Affective episode*) AND (*EMDR*) AND (*RCT*) AND (*Adults*). Para cada base de datos se utilizó una ecuación de búsqueda distinta, ajustando los términos de búsqueda y sus diversas combinaciones. Véase la Tabla A1 para las ecuaciones de búsqueda en cada base de datos utilizada.

Como criterios de elegibilidad se consideraron: a) estudios experimentales, específicamente ensayos clínicos aleatorizados con grupo de comparación como TAU (tratamiento habitual), lista de espera, terapias psicológicas activas y combinaciones con farmacoterapia, b) en población adulta de 18 años o más con sintomatología afectiva clínicamente relevante permitiendo comorbilidad psicológica siempre que dicha sintomatología constituya el foco principal de la intervención c) que evaluaran la eficacia del EMDR como intervención principal de interés, d) que incluyeran variables cuantitativas relacionadas con la sintomatología afectiva (síntomas depresivos, maníacos o hipomaníacos, ideación suicida), e) publicados en español o inglés.

En las cinco bases de datos se usaron filtros avanzados de forma selectiva para conseguir una mayor exhaustividad y sensibilidad de la búsqueda. En todas ellas fue común la limitación por periodo temporal (1994 - 2026) y la restricción por idioma (inglés o español).

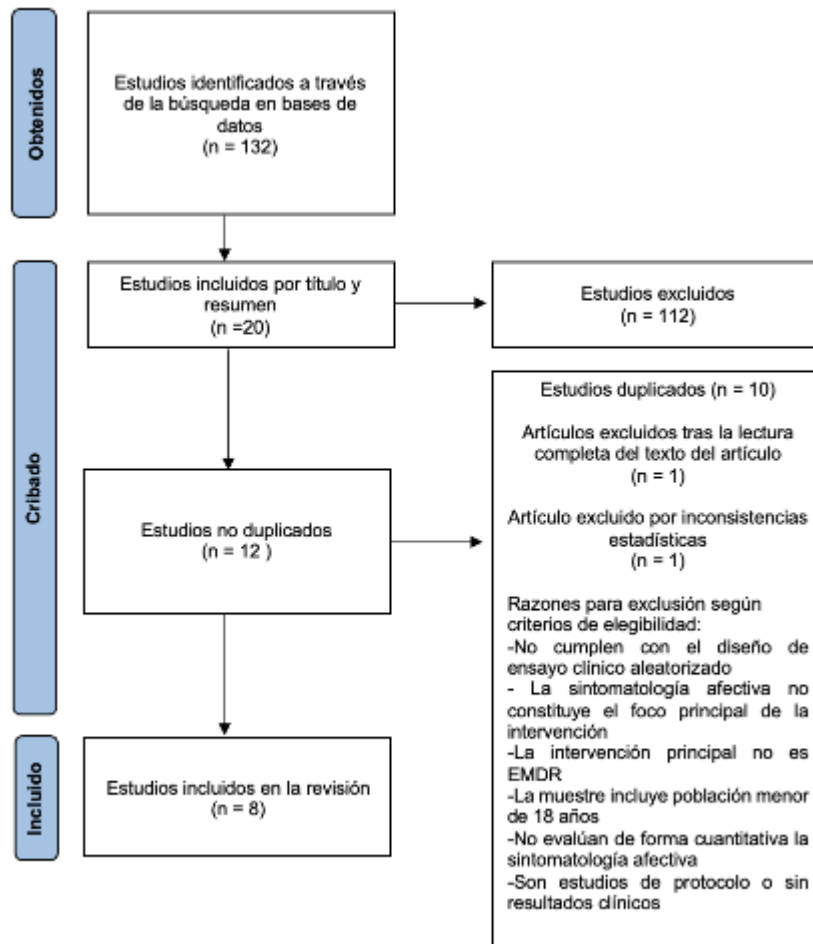
Además, en PsycInfo, no se incluyó en la ecuación de búsqueda el término *Adult*, pues su uso excluía estudios que sí eran relevantes para la revisión y que cumplían con el criterio de incluir participantes de 18 años o más. Esto se debe a que este término no siempre aparece en los títulos, resúmenes o campos indexados, reduciendo la sensibilidad de la búsqueda. Por este motivo, se utilizó el filtro de grupo de edad *Adulthood (18 yrs & older)*”, correspondiente al campo de *Age Group* de PsycInfo. Este filtro consiste en un sistema de clasificación interno, consistente y estandarizado, descrito por la American Psychological Association (s.f.). En el resto de bases de datos sí se incluyó el término en la ecuación de búsqueda, debido a que no reducía la sensibilidad de la búsqueda ni excluía estudios relevantes para la revisión sistemática. Esto se comprobó comparando los resultados obtenidos con y sin dicho término.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: a) estudios no experimentales, concretamente los que no fueran ensayos clínicos aleatorizados como estudios de caso, estudios de protocolo, revisiones sistemáticas, metaanálisis o estudios sin grupo control o comparador, b) estudios con población menor de 18 años, c) estudios en los que la sintomatología afectiva no constituyera la variable principal de resultado, el trastorno de estrés postraumático o psicosis, d) estudios cuya intervención principal no fuera EMDR o en los que se aplicaban tratamientos adicionales cuyos efectos no podían aislarse adecuadamente.

Tras aplicar la ecuación de búsqueda en las bases de datos se identificaron un total de 132 publicaciones. En concreto, 71 publicaciones en Cochrane Library, 34 en PubMed, 7 en PsycInfo, ninguno en Psychology and Behavioral Sciences Collection y 20 en Web of Science. Se utilizó un lenguaje documental (Mesh, Thesaurus) y libre en las bases de datos. La combinación de ambos permitió acceder a un mayor número de estudios y aumentó la precisión de las búsquedas. Se llevó a cabo un primer cribado mediante la lectura de resúmenes y títulos, del cual se descartaron 112 artículos. De los 20 restantes, 10 estaban duplicados. En el segundo cribado, se procedió a la lectura completa del artículo, de los cuales se descartaron dos artículos. Las razones de exclusión fueron que la sintomatología afectiva no constituía el foco principal de la intervención y debido a una retractación oficial en diciembre de 2025 por inconsistencias estadísticas. Por lo tanto, se incluyeron un total de ocho estudios en el análisis de la presente revisión sistemática. Para consultar el proceso de selección de estudios véase la Figura 1.

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de los artículos



Variables

Se definió la sintomatología afectiva como el conjunto de síntomas depresivos, maníacos, hipomaníacos o mixtos relacionados con alteraciones del estado del ánimo, cambios energéticos y de funcionamiento (American Psychiatric Association, 2013). La ideación suicida se consideró como una variable clínica asociada a la gravedad de la sintomatología depresiva, y no como un dominio afectivo independiente.

La intervención principal de interés analizada fue el EMDR. Esta intervención se definió como un método terapéutico cuyo objetivo es ayudar en el reprocesamiento adaptativo

de recuerdos percibidos como traumáticos mediante estimulación bilateral (Shapiro et al., 2002).

Se analizaron las variables metodológicas de los estudios para describir las características generales de la literatura revisada. Se evaluaron el tipo de diseño, la existencia de cegamiento, los brazos comparadores, el tamaño muestral por brazo, y la presencia de medidas de seguimiento. En relación con las variables clínicas y de resultado, se recogió el diagnóstico o estado clínico de los participantes y las medidas de resultado utilizadas para evaluar los síntomas afectivos. Se utilizaron instrumentos psicométricos estandarizados para la medición de la sintomatología afectiva. A partir de estos datos, se extrajo información sobre el cambio pre-post intragrupo, el cambio pre-post intergrupo y el cambio post-seguimiento intergrupo.

Algunos estudios evaluaron otras variables que, en relación con el objetivo de esta revisión sistemática, se consideraron secundarias y, por tanto, no se sintetizarán de forma específica en este trabajo. Se trata de medidas relacionadas con trauma, ansiedad y estrés, funcionamiento y calidad de vida, cognición y sueño.

También se analizaron variables relacionadas con las características de la muestra, como la edad, de la cual se calculó la media, la distribución por sexo, el tamaño de la muestra, el país de reclutamiento, las pérdidas de sujetos en el postratamiento y en el seguimiento, y el ámbito de reclutamiento. Finalmente, atendiendo a las características de las intervenciones se ha evaluado el tipo de intervención aplicada, la duración total en semanas, el número de sesiones, la duración de cada intervención y la versión o protocolo de EMDR utilizado.

Análisis de datos

Para el análisis de la revisión sistemática se realizó una síntesis narrativa y descriptiva de los resultados de los estudios incluidos.

Se planificó calcular el tamaño del efecto para estimar en qué medida el grupo EMDR, en comparación con el grupo control, reduce los síntomas afectivos a partir del cambio entre el pre y post-tratamiento. Sin embargo, en dos estudios no se reportaron los estadísticos necesarios, como las medias y desviaciones típicas de la pre-intervención, lo que impidió calcular el tamaño del efecto de forma consistente. Por ello, se realizó una síntesis narrativa mediante el recuento de votos como alternativa metodológica. Esta decisión permite aplicar un enfoque de síntesis uniforme a todos los estudios, evitando una síntesis mixta que dificultaría la comparación entre estudios y podría sesgar la interpretación de los estudios con datos más completos.

En el recuento de votos, la dirección del efecto del EMDR en comparación con el grupo control se clasificó por la direccionalidad del resultado en el post-tratamiento, independientemente de la significación estadística. Cada estudio se codificó como; resultado positivo si favorece al grupo experimental (reduce sintomatología afectiva en el grupo experimental en comparación con el grupo control); resultado negativo si favorece al grupo control (el grupo control presenta menor sintomatología afectiva que el grupo experimental); no reportado (información insuficiente o ausencia de una dirección clara); resultado nulo (sin diferencias entre grupos). No se utilizó la significación estadística (p-valor) como criterio de clasificación, debido a que está condicionado por el tamaño muestral, la magnitud del efecto y la presencia de errores aleatorios o sistemáticos, lo que puede limitar la comparabilidad entre estudios (Thiese et al., 2016).

Además, en aquellos estudios que utilizaran varias escalas para medir un mismo dominio clínico, se asignó un único voto por dominio y momento temporal, priorizando la variable principal reportada por los autores o, en su defecto, la más específica para dicho dominio. Las restantes escalas se utilizaron como medidas complementarias para confirmar la dirección del efecto. Si en un estudio se evaluaba depresión y manía/hipomanía, se contabilizó un voto independiente para cada dominio. En el caso de medidas globales parcialmente solapadas con dominios ya representados por instrumentos más específicos, estas no se consideraron como base para un voto independiente.

Calidad de los estudios

Para evaluar la validez de los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados, se empleó una adaptación de la herramienta RoB 2. Para ello, se valoró el riesgo de sesgo de seis dominios; la asignación aleatoria a los grupos, la ocultación de la asignación; el cegamiento; los datos de resultados incompletos; sesgo de notificación; y otras fuentes de sesgo (Sterne et al., 2019). Cada dominio se calificó como riesgo bajo (-), alto (+) o incierto (?), considerándose esta última categoría cuando la información disponible generaba algunas preocupaciones debido a falta de información. Se realizó una valoración individual y global de los estudios. Para representarlo se realizó una tabla de riesgo de sesgos.

Resultados

Características metodológicas

La Tabla 1 resume las características metodológicas principales de los estudios incluidos. Los ocho estudios de esta revisión sistemática fueron ensayos clínicos aleatorizados, de los cuales siete fueron de superioridad y uno de no inferioridad (Ostacoli et al., 2018). Todos

los estudios, excepto uno (Fereidouni et al., 2019), reportaron haber realizado el cegamiento de los evaluadores.

Los ocho estudios incluyeron al menos un grupo experimental y un grupo de comparación. De los estudios incluidos, uno presentó un diseño de tres brazos (Dominguez et al., 2021) y el resto presentó diseños de dos brazos. El estudio con diseño de tres brazos estaba compuesto por un grupo control con tratamiento habitual (TAU), un grupo experimental con EMDR y TAU, y un grupo control activo con entrenamiento en asertividad y TAU. La condición TAU consistía en un programa grupal de TCC de dos semanas llamado *Mood and Anxiety Management Programme* (MAMP). Cuatro estudios compararon EMDR con otra intervención activa (Ostacoli et al., 2018; Minelli et al., 2019; Hogg et al., 2024; Dominguez et al., 2021). Los cuatro estudios restantes compararon EMDR con condiciones de tratamiento habitual, atención estándar o lista de espera, como el tratamiento habitual de psicofármacos (Fereidouni et al., 2019), el tratamiento clínico habitual con terapia grupal psicodinámica o conductual, junto con terapia individual estándar y tratamiento antidepresivo (Hase et al., 2018), la lista de espera (Yan et al., 2025) y la atención ambulatoria estándar (Novo et al., 2014).

Seis de los ocho estudios informaron de evaluaciones de seguimiento, con rangos temporales que oscilaron desde un mes y medio hasta los 24 meses (Dominguez et al., 2021; Minelli et al., 2019; Novo et al., 2014; Yan et al., 2025; Ostacoli et al., 2018; Hogg et al., 2024). Dos estudios no informaron resultados de seguimiento (Fereidouni et al., 2019; Hase et al., 2018). Tres estudios incluyeron dos puntos de evaluación en el seguimiento (Hogg et al., 2024; Dominguez et al., 2021; Minelli et al., 2019). En uno de estos estudios, el grupo TAU fue evaluado únicamente en el seguimiento de mes y medio, mientras que la evaluación a los tres meses se realizó exclusivamente en los grupos que recibieron tratamiento adjunto, debido a que, tras la evaluación anterior, los participantes asignados a TAU tuvieron la posibilidad de recibir tres sesiones de intervención (Dominguez et al., 2021). Asimismo, en otro estudio, se realizó un seguimiento a los seis meses mediante entrevista telefónica, aunque los resultados de ese punto temporal se reportan de forma limitada (Minelli et al., 2019).

Para medir los síntomas afectivos se utilizó una combinación de autoinformes, escalas heteroaplicadas y, en un estudio, una entrevista diagnóstica estructurada (Dominguez et al., 2021). Para evaluar los cambios en la sintomatología depresiva se utilizaron instrumentos como la *Depression, Anxiety and Stress Scale-42* (DASS-42) (Dominguez et al., 2021); el *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) (Hase et al., 2018; Minelli et al., 2019; Ostacoli et al., 2018); el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (Yan et al., 2025); la *Hamilton Depression Rating*

Scale y la *24-item Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS, 24-HDRS) (Novo et al., 2014; Yan et al., 2025); la *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS) (Minelli et al., 2019); la *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS), que mide síntomas depresivos y mixtos en el trastorno bipolar (Hogg et al., 2024); y la *Symptom-Check-List 90 Items Revised-Version* (SCL-90-R) de la que se utilizó la subescala de depresión y el *Global Severity Index* (GSI) para medir la psicopatología global (Hase et al., 2018). Para evaluar la sintomatología maníaca o hipomaníaca, se usaron escalas como la *Young Mania Rating Scale* (YMRS) (Hogg et al., 2024; Novo et al., 2014) y la *Clinical Global Impression-Bipolar Scale* (CGI-BP) (Novo et al., 2014). Además, un estudio utilizó el *Beck Scale of Suicide Ideation* (BSSI) para valorar la gravedad de la ideación suicida (Fereidouni et al., 2019).

Por otra parte, en seis estudios se evaluaron variables clínicas secundarias, como la calidad de vida, el funcionamiento psicosocial, el trauma, la ansiedad, las recaídas afectivas, los episodios clínicos y medidas de funcionamiento cognitivo (Hogg et al., 2024; Ostacoli et al., 2018; Novo et al., 2014; Yan et al., 2025; Dominguez et al., 2021; Minelli et al., 2019). Sin embargo, estas variables no se incluyeron en la síntesis principal de resultados, debido a que el objetivo se centró en la evaluación de los síntomas afectivos principales.

Características de la muestra

Las características de la muestra se recogen en la Tabla B1. El tamaño muestral de los estudios osciló entre 20 y 77 participantes (Novo et al., 2014; Hogg et al., 2024), e incluyó población adulta, con medias de edad comprendidas aproximadamente entre los 24 años y los 53 años (Yan et al., 2025; Minelli et al., 2019). En todos los estudios, excepto en uno, predominó el sexo femenino (Hase et al., 2018). En seis de los estudios incluidos, la proporción entre sexos fue desigual, con una proporción de al menos 2:1 entre mujeres y hombres (Fereidouni et al., 2019; Hase et al., 2018; Minelli et al., 2019; Ostacoli et al., 2018; Hogg et al., 2024; Yan et al., 2025).

Los participantes presentaban principalmente trastornos del estado de ánimo. Tres estudios incluyeron participantes con trastorno depresivo mayor (Minelli et al., 2019; Yan et al., 2025; Fereidouni et al., 2019); uno, con trastorno depresivo recurrente (Ostacoli et al., 2018); uno con episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente (Hase et al., 2018); y otro incluyó participantes con síntomas depresivos, de los cuales en la evaluación basal, el 80% cumplía con criterios de episodio depresivo mayor y la muestra presentaba, además, comorbilidad ansiosa (Dominguez et al., 2021). Los dos estudios restantes incluyeron participantes con diagnóstico previo de trastorno bipolar, pero que en la evaluación basal

presentaban sintomatología afectiva subsindrómica o eutimia (Novo et al., 2014; Hogg et al., 2024).

Para evaluar la presencia de trastornos, episodios o síntomas afectivos, los estudios utilizaron diagnósticos clínicos realizados por profesionales derivantes o clínicos (Dominguez et al., 2021; Fereidouni et al., 2019; Hase et al., 2018; Novo et al., 2014; Yan et al., 2025), entrevistas diagnósticas estructuradas como la *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5), la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) y la *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* (MINI-Plus) (Dominguez et al., 2021; Minelli et al., 2019; Ostacoli et al., 2018), y escalas de gravedad sintomática empleadas en los ocho estudios. En los dos estudios sobre trastorno bipolar (Novo et al., 2014; Hogg et al., 2024), el estado basal se evaluó mediante escalas de gravedad sintomática específicas.

En relación con el reclutamiento, los participantes procedían principalmente de contextos hospitalarios, en su mayoría psiquiátricos o de salud mental. En cuanto al país donde se realizó el estudio, cinco de los ocho estudios se llevaron a cabo en Europa concretamente en España, Italia y Alemania (Minelli et al., 2019; Hase et al., 2018; Ostacoli et al., 2018; Novo et al., 2014; Hogg et al., 2024). Los tres restantes se realizaron en Australia, Irán y China (Dominguez et al., 2021; Fereidouni et al., 2019; Yan et al., 2025).

Seis de los ocho estudios presentaron pérdidas de participantes en el postratamiento y/o en el seguimiento (Minelli et al., 2019; Ostacoli et al., 2018; Hogg et al., 2024; Yan et al., 2025; Novo et al., 2014; Dominguez et al., 2021). En el postratamiento, las pérdidas de sujetos oscilaron entre el 0,0 % y el 35,1 % (Fereidouni et al., 2019; Hase et al., 2018; Hogg et al., 2024). En el seguimiento, oscilaron entre el 15,4 % y el 74,0 % (Minelli et al., 2019; Hogg et al., 2024), según el momento de seguimiento considerado de cada estudio.

Características de la intervención

Todos los estudios utilizaron EMDR o una variante basada en EMDR. Cuatro de los ocho estudios utilizaron el protocolo estándar de ocho fases, o versiones derivadas de este (Hase et al., 2018; Minelli et al., 2019; Novo et al., 2014; Fereidouni et al., 2019). Los restantes, emplearon adaptaciones específicas, como un formato abreviado de tres sesiones (Dominguez et al., 2021), un protocolo manualizado para depresión (Ostacoli et al., 2018), una adaptación para trastorno bipolar (Hogg et al., 2024) y una adaptación de EMDR en realidad virtual de cinco fases (Yan et al., 2025).

Las intervenciones fueron aplicadas por distintos profesionales. En relación con la intervención de EMDR, en dos estudios fue aplicada por psicoterapeutas acreditados o con

formación específica en EMDR (Ostacoli et al., 2018; Hogg et al., 2024). En otros dos estudios, EMDR fue aplicado por terapeutas entrenados en esta intervención, aunque sin acreditación explícitamente reportada (Novo et al., 2014; Dominguez et al., 2021). En un estudio, el EMDR fue aplicado por psicoterapeutas altamente experimentados, sin embargo, no se especificó el nivel de formación de quienes lo aplicaron (Minelli et al., 2019). En los tres estudios restantes no se informó con claridad quiénes administraron EMDR (Yan et al., 2025; Hase et al., 2018; Fereidouni et al., 2019). Respecto a los comparadores activos, estos fueron aplicados por psicoterapeutas con formación o experiencia en la intervención correspondiente (Ostacoli et al., 2018; Minelli et al., 2019; Hogg et al., 2024). En un estudio los terapeutas que aplicaron el EMDR también administraron la intervención activa de entrenamiento en asertividad (Dominguez et al., 2021).

En relación con el número de sesiones, este osciló entre tres y 24 (Dominguez et al., 2021; Minelli et al., 2019). La duración de cada sesión osciló entre 45 y 90 minutos (Yan et al., 2025; Fereidouni et al., 2019; Novo et al., 2014; Dominguez et al., 2021). Dos estudios no especificaron la duración de las sesiones (Ostacoli et al., 2018; Hase et al., 2018). La duración total del tratamiento osciló entre dos y 24 semanas (Dominguez et al., 2021; Ostacoli et al., 2018). En un estudio no se informó sobre la duración total de la intervención (Hase et al., 2018).

En los ocho estudios incluidos, el EMDR se evaluó como tratamiento complementario o adjunto y no como una intervención aislada. En seis estudios, todas las condiciones compartían una misma base terapéutica o asistencial, sobre la que se añadía EMDR o se comparaba con otra intervención. Esta base común no fue homogénea entre estudios y fue de carácter psicofarmacológico en cuatro estudios (Fereidouni et al., 2019; Minelli et al., 2019; Yan et al., 2025; Ostacoli et al., 2018); psicoterapéutico en un estudio (Dominguez et al., 2021); y mixto en otro (Hase et al., 2018). En los dos estudios restantes la comparación se hizo frente a distintas condiciones, concretamente la atención ambulatoria estándar y la terapia de apoyo, respectivamente (Novo et al., 2014; Hogg et al., 2024). No obstante, ambos estudios evaluaron el EMDR como una intervención adjunta al tratamiento habitual de la sintomatología afectiva. Las características de las intervenciones y los comparadores se presentan en la Tabla B2.

Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

La evaluación del riesgo de sesgo de los estudios se presenta en la Tabla 2. La calidad metodológica global fue heterogénea, con una distribución de riesgo de sesgo que oscilaba entre bajo y alto. Un estudio presentó un riesgo de sesgo bajo (Hogg et al., 2024). Tres estudios se clasificaron con un alto riesgo de sesgo (Fereidouni et al., 2019; Minelli et al., 2019; Novo

et al., 2014). Finalmente, los estudios restantes se valoraron como estudios con riesgo de sesgo incierto (Dominguez et al., 2021; Ostacoli et al., 2018; Hase et al., 2018; Yan et al., 2025).

El riesgo de sesgo se detectó principalmente en el dominio de otras fuentes de sesgo, presente en seis de los estudios incluidos, debido a distintos factores, entre ellos el tamaño muestral reducido, el uso de medidas autoinformadas, la heterogeneidad clínica de la muestra en los estudios analizados, posibles conflictos de interés, diferencias basales entre grupos y otras limitaciones metodológicas (Dominguez et al., 2021; Fereidouni et al., 2019; Hase et al., 2018; Minelli et al., 2019; Ostacoli et al., 2018; Novo et al., 2014). En los dominios de asignación aleatoria, cegamiento y sesgo de notificación predominó el riesgo de sesgo bajo. En el dominio de la asignación aleatoria, siete de los ocho estudios incluidos se clasificaron con bajo riesgo de sesgo (Dominguez et al., 2021; Fereidouni et al., 2019; Hase et al., 2018; Minelli et al., 2019; Ostacoli et al., 2018; Hogg et al., 2024; Yan et al., 2025), mientras que un estudio se evaluó con alto riesgo de sesgo debido a que los participantes fueron asignados por alternancia (Novo et al., 2014). En el dominio de cegamiento, siete estudios se clasificaron con bajo riesgo de sesgo (Dominguez et al., 2021; Hase et al., 2018; Minelli et al., 2019; Ostacoli et al., 2018; Hogg et al., 2024; Yan et al., 2025; Novo et al., 2014), mientras que un estudio, se evaluó como alto riesgo de sesgo debido a que no se informa de evaluadores cegados y, además, la intervención fue administrada por el investigador en el grupo experimental (Fereidouni et al., 2019). Por último, en el sesgo de notificación, siete estudios se clasificaron con bajo riesgo de sesgo (Dominguez et al., 2021; Hase et al., 2018; Ostacoli et al., 2018; Hogg et al., 2024; Yan et al., 2025; Novo et al., 2014; Fereidouni et al., 2019), mientras que un estudio se evaluó con riesgo de sesgo incierto debido a la falta de acceso al protocolo (Minelli et al., 2019).

La ocultación de la asignación se valoró con mayor proporción de valoraciones inciertas, debido a la falta de información sobre el procedimiento en cuatro de los estudios (Dominguez et al., 2021; Fereidouni et al., 2019; Hase et al., 2018; Yan et al., 2025). Por último, el dominio de datos de resultado incompletos presentó una mayor variabilidad entre estudios debido a la magnitud de las pérdidas, la distribución entre grupos y el uso de análisis por intención de tratar. Dos estudios se evaluaron como alto riesgo de sesgo (Novo et al., 2014; Minelli et al., 2019), uno como riesgo de sesgo incierto (Hase et al., 2018) y los restantes como bajo riesgo de sesgo (Dominguez et al., 2021; Ostacoli et al., 2018; Yan et al., 2025; Fereidouni et al., 2019; Hogg et al., 2024).

Tabla 2
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios

	La asignación aleatoria a los grupos	La ocultación de la asignación	El cegamiento	Los datos de resultados incompletos	Sesgo de notificación	Otras fuentes de sesgo
Dominguez et al. (2021)	-	?	-	-	-	+
Fereidouni et al. (2019)	-	?	+	-	-	+
Hase et al. (2018)	-	?	-	?	-	+
Minelli et al. (2019)	-	-	-	+	?	+
Ostacoli et al. (2018)	-	-	-	-	-	+
Novo et al. (2014)	+	+	-	+	-	+
Hogg et al. (2024)	-	-	-	-	-	-
Yan et al. (2025)	-	?	-	-	-	-

Nota. La evaluación de riesgo de sesgo se realizó mediante una adaptación de la herramienta RoB 2. Los símbolos indican lo siguiente: + = riesgo alto; - = riesgo bajo; ? = riesgo incierto

Resultados descriptivos sobre síntomas afectivos

Todos los estudios incluyeron una evaluación de los síntomas afectivos en la línea base y en el postratamiento. Además, seis estudios presentaron medidas de seguimiento (Dominguez et al., 2021; Ostacoli et al., 2018; Yan et al., 2025; Minelli et al., 2019; Novo et al., 2014; Hogg et al., 2024). La Tabla 1 sintetiza los resultados sobre síntomas afectivos en los estudios incluidos, incluyendo el cambio desde el pretratamiento y la comparación entre grupos en el postratamiento y el seguimiento. Aunque la significación estadística no se utilizó como criterio para evaluar la dirección del efecto en el recuento de votos, en este apartado se informa de forma descriptiva cuando las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas.

En el postratamiento, en seis estudios se observaron resultados favorables al EMDR frente a los grupos comparadores o control en la reducción de síntomas afectivos (Fereidouni et al., 2019; Novo et al., 2014; Yan et al., 2025; Hase et al., 2018; Ostacoli et al., 2018;

Dominguez et al., 2021). En cuatro de ellos, las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas (Fereidouni et al., 2019; Novo et al., 2014; Yan et al., 2025; Hase et al., 2018). Uno de los estudios presentó resultados parcialmente favorables al EMDR, ya que se observó una reducción significativamente mayor en las puntuaciones del BDI-II y una mayor proporción de participantes con puntuaciones inferiores a nueve en el postratamiento (Ostacoli et al., 2018). Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos al considerar el punto de corte BDI-II < 13. En otro estudio, ambas intervenciones activas presentaron resultados más favorables que TAU, pero no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el cambio de síntomas depresivos (Dominguez et al., 2021). Por último, dos estudios no observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en síntomas afectivos (Hogg et al., 2024; Minelli et al., 2019).

En el seguimiento, seis estudios mostraron una dirección favorable al EMDR en síntomas afectivos en al menos un punto temporal (Dominguez et al., 2021; Yan et al., 2025; Hogg et al., 2024; Minelli et al., 2019; Ostacoli et al., 2018; Novo et al., 2014). En tres de ellos, las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas a favor del EMDR en al menos una medida de seguimiento (Dominguez et al., 2021; Hogg et al., 2024; Minelli et al., 2019). En otro estudio, la reducción de síntomas afectivos observada tras el EMDR se mantuvo parcialmente hasta los tres meses (Yan et al., 2025). En cambio, en dos estudios, la dirección del efecto continuó siendo favorable al EMDR en el seguimiento, aunque las diferencias entre grupos dejaron de alcanzar significación estadística (Ostacoli et al., 2018; Novo et al., 2014). Por último, dos estudios no reportaron resultados de seguimiento (Hase et al., 2018; Fereidouni et al., 2019).

Síntesis de la dirección del efecto mediante recuento de votos

Las Tablas 3 y 4 presentan la síntesis de la dirección del efecto en el postratamiento y seguimiento sobre los síntomas afectivos mediante el recuento de votos. En el postratamiento, seis de los estudios mostraron una dirección del efecto favorable al EMDR, lo que indica una mayor reducción de síntomas afectivos en el grupo experimental en comparación con el grupo control o comparador (Dominguez et al., 2021; Hase et al., 2018; Novo et al., 2014; Yan et al., 2025; Fereidouni et al., 2019; Ostacoli et al., 2018). Además, en el estudio de tres brazos, la dirección del efecto fue favorable para las dos intervenciones activas frente a TAU, aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre EMDR y el grupo comparador activo (Dominguez et al., 2021). Ningún estudio mostró resultados favorables al grupo control.

Sin embargo, en dos estudios no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre EMDR y el grupo comparador en la reducción de síntomas afectivos (Minelli et al., 2019; Hogg et al., 2024). Por lo tanto, los resultados muestran una tendencia favorable al EMDR en el postratamiento.

En el seguimiento, la dirección del efecto se consideró favorable al EMDR en los seis estudios que reportaron medidas de seguimiento (Dominguez et al., 2021; Minelli et al., 2019; Yan et al., 2025; Hogg et al., 2024; Ostacoli et al., 2018; Novo et al., 2014). En uno de los estudios se evaluaron los síntomas afectivos en dos puntos temporales; a los 12 meses el resultado fue considerado favorable al EMDR, mientras que a los 24 meses no se consideró interpretable debido a la elevada tasa de abandono (Hogg et al., 2024). En dos estudios, aunque las puntuaciones siguieron una dirección favorable al EMDR, las diferencias entre grupos no alcanzaron significación estadística (Ostacoli et al., 2018; Novo et al., 2014). Por último, dos estudios no reportaron resultados de seguimiento (Hase et al., 2018; Fereidouni et al., 2019).

En general, el recuento de votos mostró un predominio de resultados favorables al EMDR en el postratamiento y en el seguimiento, aunque los resultados de seguimiento fueron más heterogéneos.

Tabla 1*Síntesis descriptiva de los resultados sobre síntomas afectivos en los estudios incluidos*

Estudio	Diseño	Cegamiento	Comparadores, n por brazo	Diagnóstico/estado clínico	Medidas de resultado	Cambio intragrupo pre-post	Cambio intergrupo pre-post	Cambio intergrupo post-seguimiento
Dominguez et al. (2021)	ECA de tres brazos	Sí	MAMP (TAU) (n=16) vs MAMP + EMDR (n=16) vs entrenamiento en asertividad + TAU (n=17)	Síntomas depresivos, 80% con episodio depresivo mayor	DASS-42	Reducción significativa sintomática respecto a la línea base en los tres grupos	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos, aunque fueron más favorables en EMDR	Al 1,5 meses, los tratamientos adjuntos fueron significativamente más favorables que TAU, pero EMDR no difirió significativamente del entrenamiento en asertividad. A los 3 meses, EMDR fue significativamente más favorable que entrenamiento en asertividad
Fereidouni et al. (2019)	ECA de dos brazos	NR	Tratamiento psicofarmacológico habitual (TAU) (n=35) vs EMDR + TAU (n=35)	Trastorno depresivo mayor con ideación suicida	BSSI	Reducción significativa sintomática en EMDR y no significativa en TAU	EMDR fue significativamente más favorable que TAU en el postratamiento	NR

Hase et al. (2018)	ECA de dos brazos	Sí	Tratamiento clínico habitual (psicoterapia grupal/individual y tratamiento antidepressivo) (TAU) (n=16) vs EMDR + TAU (n=14)	Episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente	BDI-II y SCL-90-R depresión y SCL-90- GSI	Reducción sintomática en ambos grupos pero más en EMDR	EMDR fue significativamente más favorable que TAU en BDI-II, en SCL-90-R la diferencia no fue significativa	NR
Minelli et al. (2019)	ECA de dos brazos	Sí	Tratamiento psicofarmacológico habitual (TAU) + TF-TCC (n=10) vs EMDR + TAU (n=12)	Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento con antecedentes traumáticos	MADRS y BDI-II	Reducción significativa sintomática en ambos grupos	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre EMDR y TF-TCC en el postratamiento	A los 3 meses, EMDR fue significativamente más favorable que TF-TCC, a los 6 meses el efecto se mantuvo de forma parcial
Ostacoli et al. (2018)	ECA de no inferioridad, dos brazos	Sí	Tratamiento psicofarmacológico habitual (TAU) + TCC (n=42) vs EMDR + TAU (n=40)	Trastorno depresivo recurrente	BDI-II	Reducción significativa sintomática en ambos grupos	EMDR fue significativamente más favorable que TCC en la puntuación de BDI-II y BDI-II < 9, no hubo diferencias significativas en el punto de corte BDI-II < 13	A los 6 meses, no hubo diferencias significativas entre grupos, aunque la dirección fue más favorable a EMDR
Novo et al. (2014)	ECA piloto de dos brazos	Sí	Atención ambulatoria (n=10) vs EMDR adjunto (n=10)	Trastorno bipolar con sintomatología afectiva subsindrómica	HDRS, YMRS y CGI-BP	Reducción sintomática en EMDR	EMDR fue significativamente más favorable que TAU en síntomas depresivos y maníacos	A los 6 meses, la dirección siguió siendo favorable, pero las diferencias entre grupos dejaron de ser significativas

Hogg et al. (2024)	ECA de dos brazos	Sí	Terapia de apoyo (n=38) vs EMDR adjunto (n=39)	Trastorno bipolar con trauma; sintomatología afectiva subsindrómica o eutimia	BDRS y YMRS	No se observaron diferencias significativas entre grupos en el postratamiento	No hubo diferencias significativas entre EMDR y terapia de apoyo en síntomas afectivos en el postratamiento	A los 12 meses, EMDR fue significativamente más favorable que la terapia de apoyo en síntomas depresivos y maníacos, los resultados a los 24 meses no se reportaron
Yan et al. (2025)	ECA de dos brazos	Sí	Tratamiento psicofarmacológico habitual (TAU) + lista de espera (n=36) vs VR-EMDR + TAU (n=36)	Trastorno depresivo mayor con trauma infantil	24-HDRS PHQ-9	Reducción significativa sintomática en VR-EMDR, el grupo de lista de espera mostró cambios menores	VR-EMDR fue significativamente más favorable que la lista de espera	A los 3 meses, el efecto favorable se mantuvo parcialmente

Nota. Cuando se indica “significativamente”, se hace referencia a diferencias estadísticamente significativas reportadas por el estudio. La expresión “dirección favorable al EMDR” indica que el resultado favorece al grupo EMDR, pero sin alcanzar significación estadística. n=tamaño de la muestra; NR = no reportado. TAU = tratamiento habitual/rutina asistencial; TF-TCC= Terapia cognitivo-conductual focalizada en trauma; TCC= Terapia cognitivo-conductual; VR-EMDR = EMDR en realidad virtual (Virtual Reality EMDR); DASS = Depression Anxiety Stress Scales (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés); BSSI = Beck Scale for Suicide Ideation (Escala de Ideación Suicida de Beck); BDI-II = Beck Depression Inventory–II (Inventario de Depresión de Beck–II); SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised (Lista de Síntomas-90-Revisada); MADRS = Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (Escala de Depresión de Montgomery–Åsberg); HDRS/24-HDRS = Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Depresión de Hamilton; versión de 24 ítems cuando se indica 24-HDRS); YMRS = Young Mania Rating Scale (Escala de Manía de Young); BDRS = Bipolar Depression Rating Scale (Escala de Depresión Bipolar); PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9 (Cuestionario de Salud del Paciente-9; depresión); CGI-BP = Clinical Global Impression–Bipolar Scale

Tabla 3

Resultados de la post intervención sobre los síntomas afectivos según el método de recuento de votos

Autor (año)	Metodología	Medidas de resultado	Evaluación de resultados post por semanas						
			2	3	6	8	12	20	24
Dominguez et al. (2021)	EMDR+TAU vs TAU vs entrenamiento en asertividad+TAU	DASS-42	+						
Fereidouni et al. (2019)	EMDR+TAU vs TAU	BSSI		+					
Hase et al. (2018)	EMDR+TAU vs TAU	BDI-II SCL-90-R					+		
Minelli et al. (2019)	TAU+EMDR vs TAU+TF- TCC	MADRS y BDI-II					0		
Ostacoli et al. (2018)	ECA de no inferioridad EMDR+TAU vs TCC+ TAU	BDI-II						+	+
Novo et al. (2014)	ECA piloto EMDR vs TAU	24-HDRS y YMRS						+	+
Hogg et al. (2024)	EMDR vs terapia de apoyo	BDRS y YMRS							0 0
Yan et al. (2025)	VR-EMDR+TAU vs lista de espera+TAU	24-HDRS y PHQ-9							+

Nota. + = dirección favorable al EMDR; - = dirección favorable al grupo control/comparador; 0 = ausencia de diferencias entre grupos; NR = no reportado, indica una ausencia de dirección clara o información insuficiente.

Tabla 4*Resultados de seguimiento sobre los síntomas afectivos según el método de recuento de votos*

Autor (año)	Metodología	Medidas de resultado	Evaluación de resultados de seguimiento por meses					
			1,5	3	6	12	24	
Dominguez et al. (2021)	EMDR+TAU vs TAU vs entrenamiento en asertividad+TAU	DASS-42	+	+				
Fereidouni et al. (2019)	EMDR+TAU vs TAU	BSSI		NR				
Hase et al. (2018)	EMDR+TAU vs TAU	BDI-II y SCL-90-R		NR				
Minelli et al. (2019)	TAU+EMDR vs TAU+TF- TCC	MADRS y BDI-II		+	+			
Ostacoli et al. (2018)	ECA de no inferioridad EMDR+TAU vs TCC+ TAU	BDI-II			+			
Novo et al. (2014)	ECA piloto EMDR vs TAU	HDRS y YMRS			+	+		
Hogg et al. (2024)	EMDR vs terapia de apoyo	BDRS y YMRS					+	NR
							+	NR
Yan et al. (2025)	VR-EMDR+TAU vs lista de espera+TAU	24-HDRS y PHQ-9		+				

Nota. En Hogg et al. (2024), los resultados a los 24 meses no se interpretaron debido a la elevada tasa de abandono. + = dirección favorable al EMDR; - = dirección favorable al grupo control/comparador; 0 = ausencia de diferencias entre grupos; NR = no reportado, indica una ausencia de dirección clara o información insuficiente.

Discusión

El objetivo de esta revisión fue evaluar la eficacia del EMDR en la reducción de la sintomatología afectiva en el postratamiento, en comparación con grupos control, comparadores, o tratamiento habitual, y evaluar el mantenimiento de sus efectos en el seguimiento. Tras analizar los resultados obtenidos, se ha observado una dirección del efecto globalmente favorable al EMDR en el postratamiento, aunque en el seguimiento se encontraron resultados menos consistentes. Seis de los ocho estudios incluidos presentaron una dirección del efecto favorable al EMDR en el postratamiento (Dominguez et al., 2021; Hase et al., 2018; Novo et al., 2014; Yan et al., 2025; Fereidouni et al., 2019; Ostacoli et al., 2018). En el seguimiento, seis estudios con datos disponibles mostraron una dirección del efecto favorable al EMDR en al menos un punto temporal, aunque con mayor variabilidad en la significación estadística, tiempos de evaluación y disponibilidad de datos (Dominguez et al., 2021; Minelli et al., 2019; Yan et al., 2025; Hogg et al., 2024; Novo et al., 2014; Ostacoli et al., 2018). Por lo tanto, aunque los resultados pueden considerarse prometedores, deben interpretarse con cautela debido al reducido número de estudios, la heterogeneidad metodológica y clínica de los ensayos y la calidad desigual de la evidencia disponible.

En los resultados del postratamiento, la tendencia favorable al EMDR no fue uniforme para todos los comparadores. Los dos estudios que no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos utilizaron comparadores activos como TF-TCC y la terapia de apoyo (Minelli et al., 2019; Hogg et al., 2024). Esto podría sugerir que la tendencia favorable del EMDR puede ser menos consistente cuando es comparado con otras intervenciones psicológicas. No obstante, dos estudios que también utilizaron intervenciones activas, mostraron resultados favorables al EMDR (Ostacoli et al., 2018; Dominguez et al., 2021). Esto sugiere que la eficacia comparada del EMDR frente a intervenciones activas presenta variabilidad entre estudios. Por lo tanto, estos resultados no permiten afirmar una superioridad consistente del EMDR frente a otros tratamientos psicológicos activos, pero sí sugiere que el EMDR podría constituir un componente terapéutico útil en el abordaje de los síntomas afectivos en determinados contextos clínicos.

También, en la interpretación de los resultados, debe considerarse la naturaleza de los comparadores. Dos estudios compararon EMDR con intervenciones psicológicas estructuradas, como la TCC o la TF-TCC (Ostacoli et al., 2018; Minelli et al., 2019), mientras que los estudios restantes lo hicieron con intervenciones menos específicas como el entrenamiento en asertividad, la terapia de apoyo, la lista de espera o distintas modalidades de

tratamiento habitual. Esta variabilidad limita la comparación directa de los estudios incluidos. Además, en seis estudios había una base terapéutica o asistencial común en ambos grupos (Fereidouni et al., 2019; Minelli et al., 2019; Yan et al., 2025; Ostacoli et al., 2018; Dominguez et al., 2021; Hase et al., 2018). En los dos estudios restantes, el EMDR se evaluó como una intervención adjunta para el tratamiento de los síntomas afectivos (Hogg et al., 2024; Novo et al., 2014). Por lo tanto, sus efectos deben interpretarse como un posible valor añadido del EMDR dentro de un abordaje combinado, y no como evidencia de la eficacia del EMDR como intervención completamente aislada.

Otro factor que dificulta la comparabilidad de los resultados es la variabilidad en el momento de evaluación del postratamiento. En los estudios incluidos, este osciló entre las dos y las 24 semanas (Dominguez et al., 2021; Ostacoli et al., 2018). Por lo tanto, algunos resultados reflejan cambios inmediatos tras intervenciones breves y otros tras intervenciones más prolongadas, lo que dificulta interpretarlos como hallazgos equivalentes entre sí. Por lo tanto, la tendencia favorable al EMDR en el postratamiento, debe interpretarse considerando la heterogeneidad temporal de las evaluaciones realizadas en los diferentes estudios.

En relación con los resultados de seguimiento, fueron menos consistentes que en el postratamiento. Los seis estudios presentaron una tendencia favorable al EMDR en al menos un punto temporal (Dominguez et al., 2021; Minelli et al., 2019; Yan et al., 2025; Hogg et al., 2024; Novo et al., 2014; Ostacoli et al., 2018). No obstante, esta dirección favorable no fue estadísticamente significativa en todos los estudios. En tres estudios se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor del EMDR en al menos una medida de seguimiento (Dominguez et al., 2021; Minelli et al., 2019; Hogg et al., 2024). En dos estudios, la dirección del efecto continuó siendo favorable al EMDR, pero las diferencias entre grupos no fueron estadísticamente significativas en el seguimiento (Ostacoli et al., 2018; Novo et al., 2014). Otros dos estudios no reportaron resultados de seguimiento (Fereidouni et al., 2019; Hase et al., 2018). Esto sugiere un posible mantenimiento parcial de los efectos del EMDR sobre la sintomatología afectiva, aunque la evidencia disponible es menos sólida y desigual que en el postratamiento.

Además, algunos resultados del seguimiento deben interpretarse con cautela debido a ciertas limitaciones. En un estudio, se evaluaron dos puntos de seguimiento, a los 12 meses y 24 meses (Hogg et al., 2024). A los 12 meses los resultados fueron favorables al EMDR, mientras que, a los 24 meses, no se consideraron interpretables debido a la alta tasa de abandono. En otro estudio, el seguimiento al mes y medio comparó TAU, EMDR y entrenamiento en asertividad, mientras que a los tres meses solo se compararon las dos

intervenciones activas, ya que tras la evaluación de seis semanas el grupo TAU pudo recibir una intervención adicional (Dominguez et al., 2021). Por ello, aunque EMDR mostró resultados más favorables que el entrenamiento en asertividad a los tres meses, se perdió la comparación con el grupo control, lo que limita la interpretación del mantenimiento del efecto frente al grupo TAU. No obstante, la comparación entre intervenciones activas aporta información relevante, ya que permite valorar si el efecto diferencial se debía al tratamiento focalizado en el trauma o a la inclusión de una intervención psicológica adicional. Asimismo, en otro estudio, el seguimiento a los seis meses se realizó por entrevista telefónica y se reportó de forma limitada (Minelli et al., 2019). Por lo tanto, en términos generales, estos factores sugieren que los resultados de seguimiento deben de ser interpretados de forma prudente.

Por otra parte, en dos estudios, la dirección favorable del EMDR observada en el postratamiento continuó en el seguimiento, aunque las diferencias entre grupos dejaron de alcanzar significación estadística (Ostacoli et al., 2018; Novo et al., 2014). Uno de los estudios correspondía a un ensayo de no inferioridad, EMDR mostró resultados favorables en el postratamiento, mientras que en el seguimiento, a los seis meses las diferencias entre EMDR y TCC dejaron de ser estadísticamente significativas (Ostacoli et al., 2018). En consecuencia, los resultados no permiten afirmar que las diferencias favorables al EMDR se mantengan de forma estadísticamente significativa y estable a medio o largo plazo. Esto coincide parcialmente con los resultados de una revisión sistemática que sugiere que los efectos del EMDR sobre los síntomas depresivos tienden a mantenerse en el seguimiento, aunque con menor tamaño del efecto y a partir de un número reducido de estudios (Carletto et al., 2021). También, sugiere la necesidad de seguimientos más prolongados, de uno a dos años, para evaluar la estabilidad de los efectos y posible prevención de recaídas. Por lo tanto, ambas revisiones coinciden en que la evidencia disponible sobre el seguimiento es limitada y requiere estudios con evaluaciones más prolongadas.

En relación con los tipos de síntomas afectivos evaluados, se observó que siete de los ocho estudios evaluaron síntomas depresivos (Dominguez et al., 2021; Hase et al., 2018; Novo et al., 2014; Yan et al., 2025; Fereidouni et al., 2019; Ostacoli et al., 2018; Minelli et al., 2019), mientras que solo dos incluyeron además síntomas maníacos o hipomaníacos (Hogg et al., 2024; Novo et al., 2014) y uno evaluó ideación suicida (Fereidouni et al., 2019). Por lo tanto, esto sugiere que la mayoría de la literatura disponible sobre el EMDR y los síntomas afectivos se han centrado principalmente en el ámbito de la depresión. Esta interpretación es coherente con la literatura previa, que ha señalado una reducción de la sintomatología depresiva tras aplicar EMDR (Yan et al., 2021). Sin embargo, la evidencia en trastorno bipolar sigue siendo

más limitada. La única revisión sistemática sobre EMDR en bipolaridad concluyó que el EMDR parecía prometedor para personas con este tipo de trastorno, pero destacó la escasez de estudios en este campo (Bedeschi, 2018). Por lo tanto, los resultados de esta revisión no pueden extrapolarse directamente a todos los trastornos de estado de ánimo. Además, los dos estudios centrados en los síntomas hipomaníacos o maníacos incluidos en la revisión evaluaron personas con síntomas subsindrómicos o en eutimia, no episodios afectivos agudos, lo que limita aún más la posibilidad de generalizar clínicamente los resultados.

Otro factor relevante es que en cuatro estudios se observaron mejorías intragrupo en los distintos brazos (Dominguez et al., 2021; Hase et al., 2018; Ostacoli et al., 2018; Minelli et al., 2019). Esto sugiere que parte del cambio clínico podría atribuirse a factores inespecíficos del tratamiento, como el paso del tiempo, la farmacoterapia concomitante, la estructura terapéutica o la atención clínica compartida. Por lo tanto, los cambios en la sintomatología afectiva no se pueden atribuir exclusivamente a EMDR.

En relación con la calidad de los estudios incluidos, aunque seis estudios mostraron resultados favorables al EMDR en el postratamiento, todos fueron evaluados como de riesgo de sesgo incierto o alto. Solo un estudio se clasificó como riesgo de sesgo bajo (Hogg et al., 2024). Este estudio no encontró diferencias entre grupos en el postratamiento, aunque sí presentó resultados favorables al EMDR a los 12 meses. Esto sugiere que la tendencia global favorable encontrada podría estar parcialmente influida, por limitaciones metodológicas. Por lo tanto, aunque los resultados indiquen una tendencia favorable del EMDR sobre los síntomas afectivos, la confianza sobre esta tendencia sigue siendo limitada.

Por lo tanto, los resultados permiten responder con mayor consistencia al objetivo centrado en el postratamiento que el seguimiento. En general, sugieren una posible eficacia del EMDR sobre los síntomas afectivos en el postratamiento. En el seguimiento, aunque los estudios que reportaron datos evaluables mostraron una dirección favorable al EMDR, los resultados fueron menos consistentes en términos de significación estadística, estabilidad temporal y disponibilidad de los datos. Aunque los resultados pueden considerarse prometedores, deben interpretarse con cautela debido al reducido número de estudios, la heterogeneidad metodológica y clínica de los ensayos y la calidad desigual de la evidencia disponible.

Fortalezas y limitaciones

En primer lugar, la revisión sistemática incluyó exclusivamente ensayos clínicos aleatorizados, lo que permitió hacer una síntesis de estudios robusta e incrementar su validez interna. Sin embargo, el número de estudios que cumplió los criterios de elegibilidad fue limitado. Esto se puede explicar en parte, porque la mayoría de la literatura sobre EMDR se ha centrado en población con TEPT, lo que limita la disponibilidad de estudios enfocados en sintomatología afectiva. Además, la pregunta de investigación fue muy específica, al requerir que EMDR fuese la intervención principal y la muestra presentase síntomas afectivos. Además, la inclusión exclusiva de ECA redujo aún más el número de estudios elegibles. Por lo tanto, esto sugiere una limitada base empírica sobre esta línea de investigación.

En segundo lugar, otra fortaleza de la revisión fue la combinación de una síntesis descriptiva de los estudios con un recuento de votos por dirección del efecto. Esta combinación permitió recoger la complejidad de los estudios incluidos en detalle y sintetizar de forma estructurada la dirección global de los resultados, incluso en ausencia de los datos necesarios para calcular el tamaño del efecto. Sin embargo, este procedimiento presenta limitaciones. El recuento de votos no informa sobre la magnitud de las diferencias observadas entre grupos ni pondera los estudios en función de su tamaño muestral. Por lo tanto, los estudios con 20 participantes pueden tener un mismo peso interpretativo que estudios con 77 participantes. Esta limitación es relevante, debido a que los estudios con muestras pequeñas tienden a tener menor potencia estadística, resultados más inestables y una mayor probabilidad de sobreestimar el tamaño del efecto (Button et al., 2013).

En tercer lugar, la diferenciación entre los resultados del postratamiento y del seguimiento permitió diferenciar entre los efectos observados inmediatamente después de la intervención y tras un periodo de tiempo. Este aspecto es relevante debido a que una mejoría inicial no implica una consistencia clínica a medio o largo plazo. Sin embargo, esta fortaleza se vio limitada por la heterogeneidad en los momentos de evaluación, la falta de reporte en los resultados de seguimiento de algunos estudios y la falta de datos suficientes para analizar el cambio intragrupo entre el postratamiento y el seguimiento.

En cuarto lugar, una limitación relevante de esta revisión fue la calidad metodológica heterogénea de los estudios incluidos. Solo un estudio se valoró con bajo riesgo de sesgo global (Hogg et al., 2024), mientras que el resto se clasificó como de riesgo incierto o alto. En consecuencia, aunque la tendencia general de los resultados fuese favorable, esta debe de interpretarse con prudencia debido a que varios estudios tienen resultados con limitaciones metodológicas que reducen la solidez de las conclusiones. En particular, la ocultación de la

asignación fue el dominio que con mayor frecuencia se valoró como incierto, debido a que varios estudios no describieron en suficiente detalle el procedimiento utilizado. Por lo tanto, esto no implica existencia de sesgo, pero sí impide descartarlo con seguridad. Además, el dominio de otras fuentes de sesgo se valoró como alto en la mayoría de los estudios debido a limitaciones metodológicas como muestras pequeñas, autoinformes, heterogeneidad clínica de las muestras. Además, en algunos estudios, las pérdidas muestrales y la forma de manejar los datos incompletos, no fue homogénea entre estudios, lo que limitó la solidez de la evidencia. En general, estos aspectos sugieren que, aunque los resultados parecen ser favorables a EMDR, la confianza que pueda depositarse en los resultados disponibles sigue siendo limitada.

Por último, en la revisión se observó una importante heterogeneidad clínica y metodológica entre los ocho estudios. Los participantes presentaban distintos diagnósticos y características sociodemográficas. También, se utilizaron distintos instrumentos de evaluación, protocolos de EMDR, condiciones de comparación, como comparadores activos, tratamiento habitual, lista de espera y atención estándar, además, de haber variabilidad en el número de sesiones y duración de las intervenciones. Además, los momentos de evaluación del postratamiento y del seguimiento difirieron notablemente entre estudios. Por lo tanto, estas diferencias sugieren que los estudios fueron clínica y metodológicamente heterogéneos, lo que dificulta la comparación homogénea de los resultados y limita la posibilidad de establecer conclusiones generalizables.

Implicaciones clínicas y futuras líneas de investigación

Desde el punto de vista clínico, los resultados sugieren que el EMDR podría ser una intervención complementaria prometedora para abordar síntomas afectivos. Sin embargo, esta aplicabilidad se dirige principalmente a personas con cuadros depresivos, ya que la mayoría de los estudios incluidos se realizaron en esta población. Por ello, esta intervención debe entenderse como una opción terapéutica potencialmente útil en determinados perfiles clínicos, más que como una indicación generalizable a todos los trastornos del estado de ánimo.

Futuros estudios deberían incluir un mayor tamaño muestral, seguimientos más prolongados y comparadores activos más homogéneos. Además, sería recomendable emplear medidas de resultado afectivo comparables entre estudios y estandarizar los momentos de evaluación. También, sería relevante explorar el trauma como posible moderador de la respuesta al EMDR. Esta propuesta es importante debido a que varios estudios incluidos en la revisión tenían muestras con antecedentes de trauma o experiencias adversas, y porque el modelo teórico del EMDR sugiere que el reprocesamiento de los recuerdos perturbadores

puede contribuir a la reducción sintomática (Shapiro, 2014). Además, la literatura previa ha asociado el trauma, especialmente en la infancia, con mayor recurrencia y gravedad y peor respuesta al tratamiento en depresión (Williams et al., 2016). Por ello, futuros estudios deberían evaluar como la presencia, tipo y gravedad del trauma influyen en la respuesta sintomática al EMDR. También, futuras investigaciones podrían evaluar otras variables clínicas, como la recurrencia de episodios, la remisión, las recaídas y el funcionamiento psicosocial.

Conclusión

En conclusión, el EMDR podría ser un complemento terapéutico prometedor para la reducción de la sintomatología afectiva, especialmente en el postratamiento y en cuadros con predominio de síntomas depresivos. No obstante, aunque los estudios con seguimiento mostraron una dirección favorable al EMDR, la heterogeneidad en la significación estadística, los puntos temporales evaluados y la disponibilidad de datos dificulta establecer conclusiones firmes sobre su eficacia y sobre la estabilidad de sus efectos a largo plazo. Por lo tanto, el EMDR podría considerarse una intervención terapéutica complementaria potencialmente útil. Sin embargo, se necesitan estudios más robustos y homogéneos antes de establecer conclusiones definitivas sobre su eficacia y sobre el mantenimiento de sus efectos a largo plazo.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
- American Psychological Association. (s.f.). *Guide to the fields in APA database records*. Recuperado el 25 de febrero de 2026, de
<https://www.apa.org/pubs/databases/training/field-guide>
- Bedeschi, L. (2018). EMDR for bipolar disorder: A systematic review of the existing studies in literature. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(3), 222–225
- Button, K. S., Ioannidis, J. P. A., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S. J., & Munafò, M. R. (2013). Power failure: Why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews. Neuroscience*, 14(5), 365-376.
<https://doi.org/10.1038/nrn3475>
- Carletto, S., Malandrone, F., Berchiolla, P., Oliva, F., Colombi, N., Hase, M., Hofmann, A., & Ostacoli, L. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing for depression: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1894736. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1894736>
- Chen, Y.-R., Hung, K.-W., Tsai, J.-C., Chu, H., Chung, M.-H., Chen, S.-R., Liao, Y.-M., Ou, K.-L., Chang, Y.-C., & Chou, K.-R. (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 9(8), e103676.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103676>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288-299.
<https://doi.org/10.1111/acps.13335>
- Dominguez, S., Drummond, P., Gouldthorp, B., Janson, D., & Lee, C. W. (2021). A randomized controlled trial examining the impact of individual trauma-focused therapy

- for individuals receiving group treatment for depression. *Psychology and Psychotherapy*, 94(1), 81-100. <https://doi.org/10.1111/papt.12268>
- Dominguez, S. K., Matthijssen, S. J. M. A., & Lee, C. W. (2021). Trauma-focused treatments for depression. A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(7), e0254778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254778>
- Fereidouni, Z., Behnammoghadam, M., Jahanfar, A., & Dehghan, A. (2019). The effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on the severity of suicidal thoughts in patients with major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2459-2466. (CN-01996600). <https://doi.org/10.2147/NDT.S210757>
- Gignac, A., McGirr, A., Lam, R. W., & Yatham, L. N. (2015). Recovery and recurrence following a first episode of mania: a systematic review and meta-analysis of prospectively characterized cohorts. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(9), 1241-1248. <https://doi.org/10.4088/jcp.14r09245>
- Hase, M., Plagge, J., Hase, A., Braas, R., Ostacoli, L., Hofmann, A., & Huchzermeier, C. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing versus treatment as usual in the treatment of depression: A randomized-controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9. (2018-41898-001). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01384>
- Hogg, B., Radua, J., Gardoki-Souto, I., Fontana-McNally, M., Lupo, W., Reinares, M., Jiménez, E., Madre, M., Blanco-Presas, L., Cortizo, R., Massó-Rodríguez, A., Castaño, J., Argila, I., Castro-Rodríguez, J. I., Comes, M., Macias, C., Sánchez-González, R., Mur-Mila, E., Novo, P., ... Amann, B. L. (2024). EMDR therapy vs. supportive therapy as adjunctive treatment in trauma-exposed bipolar patients: A randomised controlled trial. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 17(4), 203-214. <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.11.005>
- Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 1-10. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993>

- Minelli, A., Zampieri, E., Sacco, C., Bazzanella, R., Mezzetti, N., Tessari, E., Barlati, S., & Bortolomasi, M. (2019). Clinical efficacy of trauma-focused psychotherapies in treatment-resistant depression (TRD) in-patients: A randomized, controlled pilot-study. *Psychiatry Research*, 273, 567-574. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.070>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Bipolar disorder: assessment and management* (NICE Guideline CG185). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: treatment and management* (NICE guideline NG222). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- Nelson, J., Klumpp, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(2), 96-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Novo, P., Landin-Romero, R., Radua, J., Vicens, V., Fernandez, I., Garcia, F., Pomarol-Clotet, E., McKenna, P. J., Shapiro, F., & 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>
- Ostacoli, L., Carletto, S., Cavallo, M., Baldomir-Gago, P., Di Lorenzo, G., Fernandez, I., Hase, M., Justo-Alonso, A., Lehnung, M., Migliaretti, G., Oliva, F., Pagani, M., Recarey-Eiris, S., Torta, R., Tumani, V., Gonzalez-Vazquez, A. I., & Hofmann, A. (2018).. Comparison of Eye Movement Desensitization Reprocessing and Cognitive Behavioral Therapy as Adjunctive Treatments for Recurrent Depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychology*, 9, 74. (CN-02645116). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00074>
- Palmier-Claus, J. E., Berry, K., Bucci, S., Mansell, W., & Varese, F. (2016). Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 209(6), 454-459. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.179655>

- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.
- 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., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 933-946. <https://doi.org/10.1002/jclp.10068>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>
- Thiese, M. S., Ronna, B., & Ott, U. (2016). P value interpretations and considerations. *Journal of Thoracic Disease*, 8(9), E928-E931. <https://doi.org/10.21037/jtd.2016.08.16>
- Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Pérez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>
- Williams, L. M., Debattista, C., Duchemin, A.-M., Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B. (2016). Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: Data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Translational Psychiatry*, 6(5), e799.
<https://doi.org/10.1038/tp.2016.61>
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/85119>
- World Health Organization. (2025b, 8 de septiembre). *Bipolar disorder*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>

World Health Organization. (2025a, 29 de agosto). *Depressive disorder (depression)*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Yan, S., Shan, Y., Zhong, S., Miao, H., Luo, Y., Ran, H., & Jia, Y. (2021). The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Toward Adults With Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.700458>

Yan, S., Zhong, S., Lyu, S., Lai, S., Zhang, Y., Luo, Y., Ran, H., Duan, M., & Jia, Y. (2025). A randomized trial of virtual reality eye movement desensitization and reprocessing therapy for major depressive disorder with childhood trauma: A 3-month follow-up study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 17(5), 1127–1139. <https://doi.org/10.1037/tra0001830>

Anexo

Anexo A

Tabla A1

Ecuaciones utilizadas para búsqueda en bases de datos

Base de datos	N	Ecuación de búsqueda
PubMed	34	("Mood Disorders"[Mesh] OR "Bipolar Disorder"[Mesh] OR "Seasonal Affective Disorder"[Mesh]) OR "CyclothymicDisorder"[Mesh]) OR "Dysthymic Disorder"[Mesh]) OR "Premenstrual Dysphoric Disorder"[Mesh]) OR "Depression, Postpartum"[Mesh]) OR ("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh] OR "Depressive Disorder, Major"[Mesh]) OR ("Major DepressiveDisorder"[tiab] OR "Dysthymic Disorder"[tiab] OR "Depressive DisorderNotOtherwise Specified"[tiab] OR "Bipolar I Disorder"[tiab] OR "Bipolar II Disorder"[tiab] OR "Cyclothymic Disorder"[tiab] OR "Bipolar DisorderNotOtherwise Specified"[tiab] OR "Mood Disorder Due to a General Medical Condition"[tiab] OR "Substance-Induced Mood Disorder"[tiab] OR "Mood Disorder Not Otherwise Specified"[tiab] OR "Substance/Medication-Induced Bipolar and RelatedDisorder"[tiab] OR "Bipolar and Related Disorder Due toAnother Medical Condition"[tiab] OR "Other Specified Bipolar and Related Disorder"[tiab] OR "Unspecified Bipolar and Related Disorder"[tiab] OR "Depressive Disorders"[tiab] OR "Disruptive MoodDysregulationDisorder"[tiab] OR "Major DepressiveDisorder, Single Episode"[tiab] OR "Major DepressiveDisorder, Recurrent"[tiab] OR "Persistent DepressiveDisorder"[tiab] OR "Dysthymia"[tiab] OR "Premenstrual Dysphoric Disorder"[tiab] OR "Substance/Medication-Induced Depressive Disorder"[tiab] OR "Depressive Disorder Due to Another Medical Condition"[tiab] OR "Other Specified Depressive Disorder"[tiab] OR "Unspecified Depressive Disorder"[tiab] OR "MoodDisorder"[tiab] OR "Affective Disorder"[tiab] OR "Depression, Bipolar"[tiab] OR "Manic Disorders"[tiab] OR "Bipolar"[tiab] OR "Unipolar Depression"[tiab] OR "Depressive Disorder"[tiab] OR "AffectiveDisorder, Seasonal"[tiab] OR "Anaclitic

		<p>Depression"[tiab] OR "Endogenous Depression"[tiab] OR "Late Life Depression"[tiab] OR "Postpartum Depression"[tiab] OR "Reactive Depression"[tiab] OR "Recurrent Depression"[tiab] OR "Seasonal Affective Disorder"[tiab] OR "Mania"[tiab]"Depressive Episode"[tiab] OR "Depressive Episodes"[tiab] OR "Major Depressive Episode"[tiab] OR "Major Depressive Episode, Single Episode"[tiab] OR "Major Depressive Episode, Recurrent"[tiab] OR "Single Depressive Episode"[tiab] OR "Recurrent Depressive Episode"[tiab] OR "Unipolar Depressive Episode"[tiab] OR "Bipolar Depressive Episode"[tiab] OR "Manic Episode"[tiab] OR "Manic Episodes"[tiab] OR "Hypomanic Episode"[tiab] OR "Hypomanic Episodes"[tiab] OR "Mixed Episode"[tiab] OR "Mixed Episodes"[tiab] OR "Mood Episode"[tiab] OR "Mood Episodes"[tiab] OR "Affective Episode"[tiab] OR "Affective Episodes"[tiab])</p> <p>AND "Eye Movement Desensitization Reprocessing"[Mesh] OR "EMDR"[tiab] OR "Eye Movement Desensitization and Processing"[tiab] OR "Eye Movement Desensitization Therapy"[tiab] OR "Eye Movement Desensitisation and Reprocessing"[tiab] OR "Eye-Movement Desensitization and Reprocessing"[tiab] OR "Eye-Movement Desensitisation and Reprocessing"[tiab] OR "Eye Movement Desensitization Reprocessing"[tiab] OR "Eye Movement Desensitisation Reprocessing"[tiab] OR "EMDR therapy"[tiab] OR "EMDR treatment"[tiab]</p> <p>AND "randomized controlled trial"[Publication Type] OR "randomized controlled trials as topic"[MeSH Terms] OR "randomized controlled trial"[All Fields] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR random*[tiab] OR "Clinical Trials"[tiab] OR "Randomization"[tiab] OR "Random Sampling"[tiab] OR RCT[tiab]</p> <p>AND "Adult"[Mesh] OR OR "18 years old"[tiab] OR "Adults"[tiab] OR "Adults, Young"[tiab] OR "Adult, Young"[tiab] OR "Young Adult"[Mesh]</p>
PsychInfo	7	DE "Affective Disorders" OR DE "Mood Disorders"

	<p> OR DE "Depressive Disorders" OR DE "Major Depression" OR DE "Dysthymic Disorder" OR DE "Persistent Depressive Disorder" OR DE "Bipolar Disorder" OR DE "Bipolar I Disorder" OR DE "Bipolar II Disorder" OR DE "Cyclothymic Disorder" OR DE "Mania" OR DE "Premenstrual Dysphoric Disorder" OR DE "Seasonal Affective Disorder" OR DE "Postpartum Depression" OR DE "Disruptive Mood Dysregulation Disorder" OR DE "Substance Induced Disorders" OR DE "Mental Disorders Due to a General Medical Condition" OR SU "Depressive Disorder Not Otherwise Specified" OR SU "Bipolar Disorder Not Otherwise Specified" OR SU "Mood Disorder Not Otherwise Specified" OR SU "Substance-Induced Mood Disorder" OR SU "Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder" OR SU "Bipolar and Related Disorder Due to Another Medical Condition" OR SU "Other Specified Bipolar and Related Disorder" OR SU "Unspecified Bipolar and Related Disorder" OR SU "Major Depressive Disorder, Single Episode" OR SU "Major Depressive Disorder, Recurrent" OR SU "Substance/Medication-Induced Depressive Disorder" OR SU "Depressive Disorder Due to Another Medical Condition" OR SU "Other Specified Depressive Disorder" OR SU "Unspecified Depressive Disorder" OR SU "Depression, Bipolar" OR SU "Manic Disorders" OR SU "Bipolar" OR SU "Unipolar Depression" OR SU "Affective Disorder, Seasonal" OR SU "Anaclitic Depression" OR SU "Endogenous Depression" OR SU "Late Life Depression" OR SU "Reactive Depression" OR SU "Recurrent Depression" OR SU "Depressive Disorder" OR SU "Affective Disorder" OR SU "Mood Disorder" OR SU "Cyclothymic Disorder" </p>
--	--

	<p> OR SU "Seasonal Affective Disorder" OR SU "Postpartum Depression" OR SU "Mania" OR SU "Depressive Episode" OR SU "Depressive Episodes" OR SU "Major Depressive Episode" OR SU "Major Depressive Episode, Single Episode" OR SU "Major Depressive Episode, Recurrent" OR SU "Single Depressive Episode" OR SU "Recurrent Depressive Episode" OR SU "Unipolar Depressive Episode" OR SU "Bipolar Depressive Episode" OR SU "Manic Episode" OR SU "Manic Episodes" OR SU "Hypomanic Episode" OR SU "Hypomanic Episodes" OR SU "Mixed Episode" OR SU "Mixed Episodes" OR SU "Mood Episode" OR SU "Mood Episodes" OR SU "Affective Episode" OR SU "Affective Episodes" </p> <p> AND DE "Eye Movement Desensitization Therapy" OR SU "eyemovement desensitization and reprocessing" OR SU "emdr" OR SU "eye movement desensitization reprocessing" OR SU "EMDR" OR SU "Eye Movement Desensitization and Processing" OR SU "Eye Movement Desensitization Therapy" OR SU "Eye Movement Desensitisation and Reprocessing" OR SU "Eye-Movement Desensitization and Reprocessing" OR SU "Eye-Movement Desensitisation and Reprocessing" OR SU "Eye Movement Desensitization Reprocessing" OR SU "Eye Movement Desensitisation Reprocessing" OR SU "EMDR therapy" OR SU "EMDR treatment" </p> <p> AND DE "Randomized Controlled Trials" OR SU "Clinical Trials" OR SU "Randomized Controlled Trial" OR SU "Randomised Controlled Trial" OR SU "Randomized Clinical Trial" OR SU "Randomised Clinical Trial" OR SU "RCT" OR SU "Random Allocation" OR SU "Random Assignment" OR SU "Random Sampling" </p>
--	---

Cochrane	71	<p>"Depressive Episode" OR "Depressive Episodes" OR "Major Depressive Episode" OR "Major Depressive Episode, Single Episode" OR "Major Depressive Episode, Recurrent" OR "Single Depressive Episode" OR "Recurrent Depressive Episode" OR "Unipolar Depressive Episode" OR "Bipolar Depressive Episode" OR "Manic Episode" OR "Manic Episodes" OR "Hypomanic Episode" OR "Hypomanic Episodes" OR "Mixed Episode" OR "Mixed Episodes" OR "Mood Episode" OR "Mood Episodes" OR "Affective Episode" OR "Affective Episodes" OR "Major Depressive Disorder" OR "Dysthymic Disorder" OR "Depressive Disorder Not Otherwise Specified" OR "Bipolar I Disorder" OR "Bipolar II Disorder" OR "Cyclothymic Disorder" OR "Bipolar Disorder Not Otherwise Specified" OR "Mood Disorder Due to a General Medical Condition" OR "Substance-Induced Mood Disorder" OR "Mood Disorder Not Otherwise Specified" OR "Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder" OR "Bipolar and Related Disorder Due to Another Medical Condition" OR "Other Specified Bipolar and Related Disorder" OR "Unspecified Bipolar and Related Disorder" OR "Depressive Disorders" OR "Disruptive Mood Dysregulation Disorder" OR "Major Depressive Disorder, Single Episode" OR "Major Depressive Disorder, Recurrent" OR "Persistent Depressive Disorder" OR "Dysthymia" OR "Premenstrual Dysphoric Disorder" OR "Substance/Medication-Induced Depressive Disorder" OR "Depressive Disorder Due to Another Medical Condition" OR "Other Specified Depressive Disorder" OR "Unspecified Depressive Disorder" OR "Mood Disorder"</p>
----------	----	---

	<p> OR "Affective Disorder" OR "Depression, Bipolar" OR "Manic Disorders" OR "Bipolar" OR "Unipolar Depression" OR "Depressive Disorder" OR "Affective Disorder, Seasonal" OR "Anaclitic Depression" OR "EndogenousDepression" OR "Late Life Depression" OR "PostpartumDepression" OR "Reactive Depression" OR "Recurrent Depression" OR "Seasonal AffectiveDisorder" OR "Mania" </p> <p> AND "eye movement desensitization reprocessing" OR "EyeMovement Desensitization Therapy" OR "eye movement desensitization and reprocessing" OR "emdr" OR "EMDR" OR "Eye Movement Desensitization and Processing" OR "Eye Movement Desensitization Therapy" OR "Eye Movement Desensitisation and Reprocessing" OR "Eye-Movement Desensitization and Reprocessing" OR "Eye-Movement Desensitisation and Reprocessing" OR "Eye Movement Desensitization Reprocessing" OR "Eye Movement DesensitisationReprocessing" OR "EMDR therapy" OR "EMDR treatment" </p> <p> AND "Randomized Controlled Trial" OR "Controlled Clinical Trial" OR "Randomized Controlled Trials" OR "Clinical Trials" OR "Randomised Controlled Trial" OR "Randomized Clinical Trial" OR "Randomised Clinical Trial" OR "RCT" OR "Random Allocation" OR "Random Assignment" OR "Random Sampling" </p> <p> AND "Adult" OR "Young Adult" OR "Adults" OR "Young Adults" OR "18 years old" OR "Adults" OR "Young Adults" OR "Adults, Young" </p>
--	---

		OR "Adult, Young"
Psychology and BehavioralSciencesCollection	0	MH "Affective Disorders" OR MH "Mood Disorders" OR MH "Depressive Disorders" OR MH "Major Depressive Disorder" OR MH "Persistent Depressive Disorder" OR MH "Dysthymic Disorder" OR MH "Bipolar Disorder" OR MH "Bipolar I Disorder" OR MH "Bipolar II Disorder" OR MH "Cyclothymic Disorder" OR MH "Mania" OR MH "Premenstrual Dysphoric Disorder" OR MH "Seasonal Affective Disorder" OR MH "Postpartum Depression" OR MH "Disruptive Mood Dysregulation Disorder" OR MH "Substance-Induced Disorders" OR MH "Mental Disorders Due to a General Medical Condition" OR TI ("depressive disorder NOS" OR "bipolar disorderNOS" OR "mood disorder NOS" OR "substance-induced mood disorder" OR "substance/medication-induced bipolar disorder" OR "bipolar disorder due to another medical condition" OR "other specified bipolar disorder" OR "unspecified bipolar disorder" OR "major depressive disorder single episode" OR "major depressive disorder recurrent" OR "substance/medication-induced depressive disorder"

	<p>OR "depressive disorder due to another medical condition"</p> <p>OR "other specified depressive disorder"</p> <p>OR "unspecified depressive disorder"</p> <p>OR "bipolar depression"</p> <p>OR "manic disorder*"</p> <p>OR bipolar</p> <p>OR "unipolar depression"</p> <p>OR "anaclitic depression"</p> <p>OR "endogenous depression"</p> <p>OR "late life depression"</p> <p>OR "reactive depression"</p> <p>OR "recurrent depression"</p> <p>OR "depressive disorder"</p> <p>OR "affective disorder"</p> <p>OR "mood disorder")</p> <p>OR AB ("depressive disorder NOS" OR "bipolar disorderNOS" OR "mood disorder NOS"</p> <p>OR "substance-induced mood disorder"</p> <p>OR "substance/medication-induced bipolar disorder"</p> <p>OR "bipolar disorder due to another medical condition"</p> <p>OR "other specified bipolar disorder"</p> <p>OR "unspecified bipolar disorder"</p> <p>OR "major depressive disorder single episode"</p> <p>OR "major depressive disorder recurrent"</p> <p>OR "substance/medication-induced depressive disorder"</p> <p>OR "depressive disorder due to another medical condition"</p> <p>OR "other specified depressive disorder"</p> <p>OR "unspecified depressive disorder"</p> <p>OR "bipolar depression"</p> <p>OR "manic disorder*"</p> <p>OR bipolar</p> <p>OR "unipolar depression"</p> <p>OR "anaclitic depression"</p> <p>OR "endogenous depression"</p> <p>OR "late life depression"</p> <p>OR "reactive depression"</p> <p>OR "recurrent depression"</p> <p>OR "depressive disorder"</p> <p>OR "affective disorder"</p> <p>OR "mood disorder"</p> <p>OR "Depressive Episode"</p> <p>OR "Depressive Episodes"</p> <p>OR "Major Depressive Episode"</p> <p>OR "Major Depressive Episode, Single Episode"</p> <p>OR "Major Depressive Episode, Recurrent"</p>
--	---

	<p>OR "Single Depressive Episode" OR "Recurrent Depressive Episode" OR "Unipolar Depressive Episode" OR "Bipolar Depressive Episode" OR "Manic Episode" OR "Manic Episodes" OR "Hypomanic Episode" OR "Hypomanic Episodes" OR "Mixed Episode" OR "Mixed Episodes" OR "Mood Episode" OR "Mood Episodes" OR "Affective Episode" OR "Affective Episodes")</p> <p>AND MH "Eye Movement Desensitization and Reprocessing" OR TI (EMDR OR "eye movement desensitization and reprocessing") OR AB (EMDR OR "eye movement desensitization and reprocessing")</p> <p>AND MH "Randomized Controlled Trials" OR TI ("randomizedcontrolled trial" OR "randomised controlledtrial" OR "randomizedclinical trial" OR "randomised clinicaltrial" OR RCT OR "randomallocation" OR "randomassignment" OR "random sampling") OR AB ("randomized controlled trial" OR "randomisedcontrolledtrial" OR "randomized clinical trial" OR "randomised clinicaltrial" OR RCT OR "random allocation" OR "random assignment" OR "random sampling")</p> <p>AND (MH "Adults" OR MH "Young Adults" OR TI (adult* OR "young adult*" OR "18 years old") OR AB (adult* OR "young adult*" OR "18 years old"))</p>
--	---

Web of Science	20	<p>("Depressive Episode" OR "Depressive Episodes" OR "Major Depressive Episode" OR "Major Depressive Episode, Single Episode" OR "Major Depressive Episode, Recurrent" OR "Single Depressive Episode" OR "Recurrent Depressive Episode" OR "Unipolar Depressive Episode" OR "Bipolar Depressive Episode" OR "Manic Episode" OR "Manic Episodes" OR "Hypomanic Episode" OR "Hypomanic Episodes" OR "Mixed Episode" OR "Mixed Episodes" OR "Mood Episode" OR "Mood Episodes" OR "Affective Episode" OR "Affective Episodes" OR "major depressive disorder" OR "dysthymic disorder" OR "depressive disorder not otherwise specified" OR "bipolar I disorder" OR "bipolar II disorder" OR "cyclothymic disorder" OR "bipolar disorder not otherwise specified" OR "mood disorder due to a general medical condition" OR "substance-induced mood disorder" OR "mood disorder not otherwise specified" OR "substance/medication-induced bipolar and related disorder" OR "bipolar and related disorder due to another medical condition" OR "other specified bipolar and related disorder" OR "unspecified bipolar and related disorder" OR "depressive disorders" OR "disruptive mood dysregulation disorder" OR "major depressive disorder, single episode" OR "major depressive disorder, recurrent" OR "persistent depressive disorder" OR dysthymia OR "premenstrual dysphoric disorder" OR "substance/medication-induced depressive disorder" OR "depressive disorder due to another medical condition" OR "other specified depressive disorder" OR "unspecified depressive disorder" OR "mood disorder" OR "affective disorder" OR "bipolar depression" OR "manic disorders" OR bipolar OR "unipolar depression" OR "depressive disorder" OR "seasonal affective disorder" OR "anaclitic depression" OR "endogenous depression" OR "late life depression" OR "postpartum depression" OR "reactive depression" OR "recurrent depression" OR mania)</p> <p>AND ("eye movement desensitization and reprocessing" OR "eyemovement desensitization therapy" OR EMDR OR "EMDR therapy" OR "EMDR treatment" OR "eye-movement desensitization and reprocessing" OR "eye movement desensitisation and reprocessing")</p> <p>AND ("randomized controlled trial" OR "randomised controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomized clinical trial" OR "randomised</p>
----------------	----	--

		<p>clinical trial" OR "clinical trials" OR RCT OR "random allocation" OR "random assignment" OR "randomsampling")</p> <p>AND ("Adult" OR "Young Adult" OR "Adults" OR "Young Adults" OR "18 years old" OR "Adults" OR "Young Adults" OR "Adults, Young" OR "Adult, Young")</p>
--	--	--

Anexo B

Tabla B1

Variables de la muestra

Estudio	N	Sexo		Diagnóstico/estado clínico	Edad (M)	País	Pérdidas en postratamiento* (%)	Pérdidas en seguimiento (%)	Ámbito de Reclutamiento
		F	M						
Dominguez et al. (2021)	49	29	20	Síntomas depresivos, 80% con episodio depresivo mayor	40.6 años	Australia	Sí (6,1%)	Sí T6 (20,4%) T12 (30,3%)	MAMP Hospital psiquiátrico privado
Fereidouni et al. (2019)	70	47	23	Trastorno depresivo mayor con ideación suicida	36.23 años	Irán	No (0,0%)	NR	Hospital
Hase et al. (2018)	30	3	27	Episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente	39.78 años	Alemania	No (0,0%)	NR	Clínica de rehabilitación psiquiátrica y psicósomática

Minelli et al. (2019)	22	16	6	Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento con antecedentes traumáticos	52.8 años	Italia	Sí (15,4%)	Sí (15,4%)	Hospital psiquiátrico
Ostacoli et al. (2018)	66	56	10	Trastorno depresivo recurrente	47.89 años	Italia y España	Sí (11,0%)	Sí (19,5%)	Dos servicios psiquiátricos
Novo et al. (2014)	20	12	8	Trastorno bipolar con sintomatología afectiva subsindrómica	44.35 años	España	Sí (15,0%)	Sí (25,0%)	Unidad ambulatoria de hospital psiquiátrico
Hogg et al. (2024)	77	59	18	Trastorno bipolar con trauma; sintomatología afectiva subsindrómica o eutimia	46.8 años	España	Sí (35,1%)	Sí T12 (55,8%) T24 (74,0%)	Tres centros hospitalarios
Yan et al. (2025)	66	48	18	Trastorno depresivo mayor con trauma infantil	24.06 años	China	Sí (8,3%)	Sí (29,2%)	Departamento ambulatorio del hospital local

Nota. Los estudios con mención al trauma no tenían el trastorno de estrés postraumático. *La pérdida de participantes se ha calculado de forma acumulada respecto al tamaño de la muestra inicial. En Dominguez et al. (2021), el seguimiento a 12 semanas no incluyó el grupo TAU. N=tamaño de la muestra; NR = No reportado

Tabla B2*Las características de las intervenciones y los comparadores*

Autor (año)	Semanas	N.º Sesiones	Duración de sesión	Versión de EMDR
Dominguez et al. (2021)	2	3	90 min	Estándar de 8 fases en formato breve de 3 sesiones
Fereidouni et al. (2019)	3	9	45-90 min	Estándar de 8 fases
Hase et al. (2018)	NR	4-12	NR	Estándar de 8 fases
Minelli et al. (2019)	8	24	60 min	Estándar de 8 fases
Ostacoli et al. (2018)	12-24	12-18	NR	Protocolo manualizado DepreEnd
Novo et al. (2014)	12	14-18	90 min	Estándar de 8 fases
Hogg et al. (2024)	20	20	60 min	Protocolo adaptado para bipolaridad con aplicación posterior de versión estándar de 8 fases
Yan et al. (2025)	6	12	45-50 min	VR-EMDR estándar de 5 fases

Nota. NR = no reportado

Anexo C

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: EFICACIA DE LA DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTOS OCULARES (EMDR) SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA EN POBLACIÓN ADULTA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autor/a: Belén Heese Sunyer

DNI/Alumno/a: 49959151T

Nombre del Director/a de TFM: Irene López Gómez

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Usé ChatGPT de OpenAI y SciSpace como apoyo para orientar términos de búsqueda y encontrar algún metaanálisis o revisión sistemática relacionados con mi TFM.

Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Usé ChatGPT de OpenAI

Se utilizó para aclarar información de estudios incluidos, interpretar y comprender resultados. “Explicame de forma simple los resultados de este estudio”

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Usé ChatGPT de OpenAI

Se utilizó para ordenar y estructurar el TFM, mejorar la coherencia entre los distintos apartados

“Organiza este apartado para que siga una estructura ordenada y coherente”

“Actúa como experto en revisión sistemática y redacción académica en psicología. Revisa este apartado y señala si es coherente, claro y metodológicamente adecuado”

Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].

Usé ChatGPT de OpenAI

Se utilizó para revisar la gramática, ortografía, tono académico, coherencia de textos y aspectos relacionados con APA 7

“Detectas alguna falta de ortografía o gramática”

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].

Usé ChatGPT de OpenAI

Se utilizó para redactar y sintetizar textos de la revisión sistemática previamente redactados por mí con un tono más académico y formal. En concreto, se utilizó para ayudar en la redacción del resumen, el abstract el cual fue traducido por la IA al inglés, y en algunos fragmentos de la introducción, método, resultados y discusión.

“Traduce el siguiente texto de mi TFM al inglés”

“Redacta este fragmento con un tono más académico y escrito de forma fluida y coherente”

Otros (especificar): [_____]

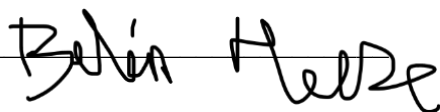
-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

Contrasté las respuestas proporcionadas por la IA con las fuentes originales. Revisé los artículos incluidos, resultados, y verifiqué que las referencias correspondieran a fuentes académicas. También, usé prompts que comprobasen que las fuentes mencionadas fuesen oficiales.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a:



Fecha: _11_/5/_2026