



**Universidad  
Europea** VALENCIA

# **EMDR en población con psicosis y trauma psicológico: Una revisión sistemática**

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA  
Trabajo Final de Máster

Presentado por: Helena Quirós Mollejo  
Tutora: Dra. Lidón Mars Aicart

Curso: 2022- 2023  
Convocatoria: Ordinaria

## ÍNDICE

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	6-17
Justificación.....	17-18
Objetivos.....	18-19
Método.....	19-23
Resultados.....	23-32
Discusión.....	32-38
Referencias.....	39-48
Anexos.....	49-63

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	25-27
Tabla 2.....	49-63

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	24
---------------	----

## RESUMEN

### Introducción.

Existe evidencia de la presencia de experiencia traumática durante la vida en la mayoría de los adultos, de entre ellas la población con psicosis. Sabemos que la historia traumática ha sido contemplada en población con TEPT, para lo que, durante las últimas décadas, se ha puesto en auge el EMDR con eficacia comprobada. Sin embargo, no existe tanta evidencia comprobada del uso de este abordaje terapéutico en personas con TEPT y sintomatología psicótica comórbida.

### Objetivo.

Comprobar la evidencia científica del abordaje terapéutico centrado en el trauma EMDR en población con comorbilidad de sintomatología postraumática o TEPT y sintomatología o diagnóstico psicótico.

### Método.

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, siguiendo las directrices PRISMA, de los estudios con evidencia científica encontrados en las bases de datos de Pubmed y Cochrane para las que se han seleccionado 6 artículos.

### Resultados.

Los resultados muestran reducción significativa de sintomatología postraumática así como pequeñas reducciones significativas para algunos de los síntomas psicóticos y los asociados a ellos. Además, se observa un efecto de no superioridad para el EMDR frente al TAU así como efecto de no inferioridad frente a otro tratamiento centrado en el trauma.

### Conclusiones.

Continúa siendo necesaria la investigación a favor del abordaje del EMDR en esta población, debido a la existencia de resultados no contraindicados y algunos hallazgos esperanzadores. Además, cabe destacar la importancia de definir líneas de investigación centradas en la biografía de la persona con psicosis.

Palabras clave. Psicosis. Esquizofrenia. Trastorno Mental Grave. Trastorno de Estrés Postraumático. TEPT. EMDR.

## **ABSTRACT**

### Introduction.

There is evidence of the existence of traumatic experience during the life of most adults, among them the population with psychosis. We know that the traumatic history has been contemplated in the PTSD population, for which, during the last decades, EMDR has been booming with proven efficacy. However, there is not so much proven evidence of the use of this therapeutic approach in people with PTSD and comorbid psychotic symptomatology.

### Objective.

To verify the scientific evidence of the therapeutic approach focused on EMDR trauma in population with PTSD comorbidity and psychotic symptomatology or diagnosis.

### Method.

A systematic review was carried out, following the PRISMA guidelines, of the studies with scientific evidence found in the Pubmed and Cochrane databases for which 6 articles were selected.

### Results.

The results show significant reduction of post-traumatic symptomatology as well as small significant reductions for some of the psychotic symptoms and those associated with them. In addition, a non-superiority effect is observed for EMDR versus TAU as well as a non-inferiority effect versus another trauma-focused treatment.

### Conclusions.

There continues to be a need for research in favor of the EMDR approach in this population, due to the existence of non-contradictory results and some encouraging findings. In addition, the importance of defining lines of research focused on the biography of the person with psychosis should be emphasized.

Key words. Psychosis. Schizophrenia. Severe mental illness. Posttraumatic stress disorder. EMDR. Eye movement desensitization and reprocessing.

## **INTRODUCCIÓN**

Es probable que en la mayoría de la población adulta general se produzca una experiencia traumática durante su vida (Frans et al., 2005; Breslau, 2009). Estas vivencias suelen asociarse a angustia que, mayormente es de corta duración y disminuye por sí sola (Bisson, 2007). Sin embargo, hay un porcentaje de la población que mantiene dicha percepción de angustia durante más tiempo

pudiendo llevar a la aparición de una respuesta de estrés post traumática (EPT) que se define como la combinación de síntomas de reexperimentación (flashbacks o pesadillas); evitación cognitiva y/o conductual persistente; cambios negativos en las creencias y las emociones, y un aumento marcado en el arousal y la reactividad, como la hipervigilancia y un estado de alerta exagerado (American Psychiatric Association, 2013).

Siendo el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) altamente comórbido con otros diagnósticos, algunos autores como Lommen y Restifo, (2009) y Varese et al., (2012), expresan que se ha observado que la tasa del TEPT es elevada en personas con psicosis, en comparación con la población general. Además, reflejan que las personas con psicosis muestran de manera consistente haber experimentado un alto nivel de trauma.

Estas personas presentarían un elevado riesgo de retraumatización adicional mediante experiencias como la medicación contra la propia voluntad, experiencias hospitalarias perturbadoras, así como la sintomatología alucinatoria (Varese et al., 2012).

Durante esta introducción, haremos un recorrido temporal y nosológico con el objetivo de esclarecer los términos que se incluyen en este metaanálisis, como algunos trastornos psicóticos, trastorno de estrés postraumático, la comorbilidad entre ambos, así como un breve acercamiento a uno de los abordajes centrados en el trauma, la técnica Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), y la evidencia científica que respalda su uso y elección en el abordaje del trastorno de estrés postraumático y psicosis.

Comenzando con el concepto de psicosis, diremos que es un concepto que deriva de la palabra griega << *psy khe*>> (mente) y << *osis*>> (enfermedad), haciendo referencia por tanto a un trastorno mental. La definición de este concepto ha resultado muy problemática a lo largo de la historia, puesto que no existe una única referencia en torno a lo psicótico, puesto que es un concepto definido de manera dispersa habiendo sido utilizado de distintos modos a lo largo de las clasificaciones vigentes (Baca Baldomero, 2007).

Podríamos incluir como características que menciona el DSM-5 (APA, 2013) dentro de la definición, poco específica, de la psicosis, la existencia de cierta pérdida de contacto con la realidad, pudiendo aparecer alteraciones en la percepción y el pensamiento, alteraciones afectivas y, en ocasiones, de conducta. Esto lleva en muchas ocasiones a un estado de confusión y angustia para la persona que lo vivencia.

Las clasificaciones diagnósticas internacionales se han nutrido de la influencia de Bleuler y Kraepelin (Fonseca- Pedrero, 2019), así como de Schneider (Belloch et al., 2020) para la categorización de la psicosis. Concretamente, los manuales diagnósticos CIE- 11 y DSM-5 hacen un intento por desengranar las distintas manifestaciones en que se puede expresar el espectro psicótico atendiendo a algunas particularidades para cada una de las etiquetas diagnósticas.

Dentro de la entidad de “esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios”, la CIE-11 (OMS, 2022) incluiría la esquizofrenia, considerando ideas delirantes persistentes, alucinaciones persistentes, trastornos del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control como consideraran síntomas centrales; los trastornos esquizoafectivo, con la existencia de un episodio afectivo sumado a criterios de esquizofrenia; el esquizotípico como más duradero y excéntrico que el anterior, así como distorsiones cognitivas y perceptivas y, en ocasiones, dificultades en las relaciones interpersonales; trastorno psicótico agudo y transitorio caracterizado por su menor temporalidad; trastorno delirante en el que se desarrolla uno o varios delirios relacionados como característica principal; y otras manifestaciones sintomáticas o inducidas por sustancias.

Por su parte, el DSM-5 (DSM-5; APA, 2013), denomina esta sintomatología como dentro del “espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, incluye el trastorno esquizotípico dentro de los trastornos de personalidad, e incluiría dentro del espectro psicótico a la esquizofrenia; trastorno delirante y trastorno psicótico breve, siendo definidos los anteriores con características similares a CIE-11; trastorno esquizofreniforme, con sintomatología similar a la esquizofrenia pero con una duración máxima de 6 meses, lo que puede ir asociado a un mejor pronóstico; trastorno esquizoafectivo, de nuevo con características similares a CIE-11; y los inducidos por sustancias y otras afecciones médicas.

A pesar de ello, la mayoría de investigaciones se han centrado en esclarecer el concepto de esquizofrenia, frente al de psicosis por carecer de una definición consensuada hasta el momento.

Alsina (2019) refleja en su estudio cómo el avance de la psiquiatría del siglo XIX, y el afán de sus expertos por establecer un campo de la salud mental más preciso, ha influido en los intentos por establecer concreción en la esquizofrenia como categoría nosológica, teniendo en cuenta sus predecesores y la influencia histórica de la noción de psicosis como antecedente necesario, determinante para la compleja delimitación en las clasificaciones diagnósticas actuales.

El reflejo de esta falta de consenso por la delimitación de la esquizofrenia en las diferentes clasificaciones diagnósticas ha mostrado una transición, a lo largo de las distintas ediciones, en cuanto a la restricción del término y foco utilizado en cada una de ellas.

Este mismo estudio, define el paso desde una concepción mucho más general, como por ejemplo en DSM-II y CIE-9, en las que se concebía como psicótica cualquier afección que conllevara un deterioro funcional o que interfiriera en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida, hasta otras definiciones más restrictivas en ediciones más actuales, basadas en los síntomas, que se refieren a ideas delirantes, alucinaciones manifiestas con ausencia de conciencia de la naturaleza patológica así como pensamiento desorganizado principalmente, poniendo además, para cada uno de los trastornos incluidos en este espectro, el énfasis en diferentes aspectos de las varias definiciones del espectro psicótico.

DSM-5, por su parte, produce un cambio de denominación del capítulo, con la incorporación del término “espectro”; de “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” a “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos”, así como incorporando el factor de dimensionalidad. Además, puede

observarse un cambio en la posición de la esquizofrenia, siendo no tan prominente con respecto al DSM- IV (Heckers et al., 2013). Concretamente, y haciendo alusión a la característica definitoria de los trastornos en este capítulo para las distintas versiones del DSM, podemos observar cómo DSM-IV mencionaba sólo los “síntomas psicóticos”, mientras que el DSM-5 introduce que los trastornos psicóticos que se incluyen vienen definidos por uno o más de los dominios de: ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado, conducta desorganizada incluyendo la catatonía y síntomas negativos.

En cuanto a su definición, el DSM-5 define la esquizofrenia como un trastorno psicótico crónico que se caracteriza por al menos dos de los síntomas centrales (mencionados al final del párrafo anterior). Además requiere presencia de los síntomas la mayor parte del tiempo durante un mes o más y que causen un deterioro significativo del funcionamiento social, ocupacional o personal (DSM-5; APA, 2013).

Algunos de los cambios fundamentales que se realizaron para el trastorno de esquizofrenia en DSM-5 fueron: la eliminación del tratamiento especial de los delirios bizarros y alucinaciones de “primer rango” schneiderianos, b) el esclarecimiento de la definición de los síntomas negativos, y c) la adición del requisito de que al menos uno de los dos síntomas característicos requeridos debe ser discurso desorganizado, alucinaciones o delirios. Se discute también la eliminación de los subtipos de esquizofrenia y el agregado de dimensiones psicopatológicas, y las consecuencias de la falta de marcadores biológicos validados que puedan facilitar el diagnóstico (Heckers et al., 2013).

La CIE-11, define la esquizofrenia como uno de los múltiples trastornos manifiestos, dentro del espectro de la psicosis, con ideas delirantes y alucinaciones persistentes, trastornos del pensamiento y experiencias de influencia pasividad o control como síntomas centrales, no especificando un mínimo de síntomas para el establecimiento del diagnóstico. La definición de esquizofrenia que incluye la CIE-11 se armoniza con la que define el DSM-5 con la eliminación de los síntomas de primer orden (Preti et al., 2011) aunque se mantienen las diferencias entre estas clasificaciones en la duración sintomatológica y deterioro del funcionamiento. CIE-11, no tiene en cuenta el deterioro funcional como criterio definitorio argumentando que los déficits funcionales no se dan en todas las personas con esquizofrenia y que, por tanto, no son específicos del trastorno (Jolley et al., 2014). Además, señala que los trastornos mentales deben definirse en función de sus síntomas y no en relación con las limitaciones de la actividad (Gaebel, 2012).

Además, CIE-11 hace cambios similares a los que realiza DSM-5 en los especificadores de la esquizofrenia. Una diferencia de éstos es el diferente manejo de la catatonía, mientras que la CIE-11 la considera una categoría de especificador de síntomas, el DSM-5 la evalúa como un especificador independiente (Lau et al., 2013). En general, debido a los cambios que incorpora CIE-11 en el concepto de esquizofrenia, diremos que lo hace más semejante al de DSM-5.

Para la psiquiatría, en mayor o menor medida la esquizofrenia parece ser un padecimiento que se fundamenta en fallas biológicas, y serían estas fallas las que explican las condiciones necesarias de la enfermedad. Sin embargo, después de más de un siglo de investigaciones, no se ha logrado identificar aún su fundamento biológico (Watson, 2018).

Este sostenido intento por ubicar las causas de la esquizofrenia, atendiendo a su naturaleza poco esclarecedora (alteraciones genéticas, desregulación de neurotransmisores, alteraciones anatómicas), ha venido reflejado, como apuntan Pishva et al. (2014) y Bergen et al. (2014) por la cantidad de decisiones que han venido tomándose con el objetivo de asentar, o no, la esquizofrenia como categoría psicopatológica, advirtiendo la necesaria deconstrucción del término para identificar los efectos causales, así como la interacción entre los casos individuales, con el objetivo de generar conceptos clínicos más claros y abordables que puedan tener un impacto en la clínica.

Con respecto al trauma psicológico, como concepto clínico, tiene su origen en los comienzos de la teoría psicoanalítica de finales del siglo XIX. Freud y Breuer (1895) refieren en su estudio que el miedo, angustia, vergüenza y dolor producidos como efecto de cualquier suceso podrá actuar como un trauma, siendo determinante para la importancia de dicha experiencia traumática la sensibilidad del propio sujeto.

Sin embargo, aun con la introducción del TEPT en el DSM- III (1980) por parte de la American Psychological Association (APA, 2014), y pudiendo afirmar que el TEPT es el trastorno más común después de un evento traumático, continúa habiendo controversia en cuanto a la conceptualización y definición del trastorno en el momento actual.

Atendiendo a las Clasificaciones diagnósticas más recientes (CIE- 11 y DSM-5), ambas muestran diferencias en su conceptualización, mostrando desacuerdo en aspectos de la amplitud de su definición, es decir, en cuanto a si debe abarcar una gama de aspectos psicológicos que surgen después del trauma o centrarse de manera más específica en los fenómenos de memoria del trauma. Esto ha limitado la capacidad de identificar biomarcadores y mecanismos específicos en el estrés postraumático.

Continúa, por tanto, siendo un desafío, la identificación de procesos que puedan superar estas barreras para un mejor y cuidadoso trabajo con las personas que sufren TEPT. A continuación, se destacarán las diferencias más significativas para cada una de ellas.

De acuerdo al DSM-5 (2013), el TEPT queda separado del capítulo del que procedía en la edición anterior (trastornos por ansiedad), formando parte de uno nuevo específico para los trastornos relacionados con el trauma y agentes estresantes. En este nuevo capítulo los trastornos incluidos presentan síntomas precedidos por un evento traumático o estresante que no debe ser necesariamente dramático, excepto en el TEPT y el trastorno de estrés agudo. Existe una posible relación de estos trastornos con los trastornos por ansiedad, trastorno obsesivo- compulsivo y afines, indicada en la proximidad de la ubicación de dichos capítulos. Para el diagnóstico de TEPT, en el



DSM-5, se habla de cuatro grupos de síntomas definidos por la reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo y la excitación.

Con respecto a los síntomas centrales, la CIE-11 (OMS, 2019) define como síntomas esenciales del TEPT la reexperimentación del evento traumático, la evitación de los estímulos relacionados con el trauma y la percepción de una amenaza actual elevada (reflejada por varias formas de excitación). Además, CIE-11 incluye la descripción del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, para el que es necesario presentar dichos síntomas centrales del TEPT además de perturbaciones en la propia identidad, desregulación emocional y dificultades persistentes en las relaciones. Esta etiqueta diagnóstica ha generado estudios recientes que documentan, entre otros aspectos, la importancia de establecer un diagnóstico diferencial del Trastorno Límite de Personalidad por su similitud en algunos de sus síntomas (Cloitre et al., 2014).

En cuanto a las diferencias entre la concepción de TEPT entre los dos manuales diagnósticos, con respecto a la temporalidad, CIE-11 establece una duración de los síntomas del TEPT de al menos un mes después del trauma, siendo una duración de más de un mes después del trauma para DSM-5. Al parecer, DSM-5 marca esta duración con el objetivo de minimizar la posibilidad de patologizar la reacción normal al estrés.

En cuanto a los síntomas disociativos, el DSM-5 requiere la presencia de los mismos para el diagnóstico de trastorno de estrés agudo mientras que la CIE-11 no lo incluye como criterio de inclusión.

Friedman et al. (2011) mostraron en su estudio las diferencias en las respuestas emocionales al trauma para cada uno de los manuales diagnósticos. CIE-11 se enfoca en el miedo como una respuesta emocional central al trauma, mientras que el DSM-5 contempla otro tipo de respuestas emocionales además del miedo; como la ira y culpa.

En cuanto a la funcionalidad, y de manera completamente opuesta a la definición de psicosis para cada uno de los manuales diagnósticos, es CIE-11 quien incide en la importancia de la evaluación del impacto en la vida cotidiana del individuo, mientras que el DSM-5 no se refiere a ello de manera explícita.

Existen estudios que revelan la influencia causal de los traumas de infancia y experiencias adversas en el desarrollo y persistencia de los síntomas psicóticos en las personas. (Matheson et al., 2013; Read et al., 2005; Varese et al., 2012; Morgan et al., 2020). Además, destacan la creciente atención y claridad entre las relaciones existentes entre el trauma y la psicosis, así como la importancia de tratamientos centrados en el trauma.

Por tanto, existe gran porcentaje de pacientes con diagnóstico psicótico que presenta comorbilidad con TEPT, mostrando elevados porcentajes en la prevalencia para el TEPT en la psicosis. (Achim et al., 2011; Buckley et al., 2009; Swan et al., 2017).

Otros estudios demuestran mayor prevalencia en esta comorbilidad pero presentan importantes limitaciones en las muestras, instrumentos de evaluación utilizados o en la falta de concreción con respecto a si el TEPT es del momento presente o a lo largo de la vida.

A pesar del referido temor en algunos terapeutas con respecto al supuesto efecto adverso en pacientes con psicosis durante el proceso terapéutico, existen estudios que muestran lo contrario en cuanto al pronóstico de recuperación tras una intervención terapéutica con población con psicosis y TEPT (de Bont et al., 2013; Frueh et al., 2009; Mueser et al., 2008; Van de Berg y Van der Gaag, 2012).

El hecho de compartir experiencias traumáticas o disfuncionales de interacción puede generar inquietud para las personas, pero esto no es exclusivo de aquellas que presentan psicosis. No obstante, la percepción de carga de un TEPT de por vida sin tratar es, a menudo, mucho más preocupante que el sufrimiento emocional que acompaña al tratamiento del trauma, puesto que se traduce en el refuerzo de ciclos negativos entre los síntomas de TEPT y la psicosis (Mueser et al., 2002).

Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR “por sus siglas en inglés”).

Existen suficientes hallazgos que muestran la evidencia para considerar que personas con manifestaciones del espectro o sintomatología psicótica han presentado, durante su período vital, uno o varios eventos traumáticos, considerando dichos eventos adversos como precipitantes del inicio de episodios de psicosis según el modelo de vulnerabilidad- estrés (Zubin y Spring, 1977).

A pesar de ser conscientes de este hecho, la producción científica con respecto a la evaluación y modelos de intervención centrados en la comorbilidad de trauma con psicosis ha sido muy limitada. Para el abordaje centrado en el trauma, la evidencia se ha reconocido en su mayoría por la Terapia Cognitivo- Conductual, con mayor aceptación y reconocimiento hasta el momento, así como la terapia de exposición prolongada que ayuda a los pacientes a afrontar los pensamientos y recuerdos temidos (De Bont et al., 2013; Kichic y D'Alessio, 2016; Sin y Spain, 2017). Sin embargo, ninguno de estos dos abordajes han producido estudios suficientes en su aplicación a pacientes con trauma y psicosis comórbidas. La reestructuración cognitiva, por su parte ha mostrado evidencia de su eficacia para los síntomas psicóticos, pero no comórbidos con trauma (Prieto, 2015; Swan et al., 2017)

Recientemente, ha sido incorporado un creciente interés por el EMDR (Shapiro, 1987) para el que sí se ha probado su evidencia con el TEPT y ante el que merece la pena ahondar en los siguientes párrafos.

EMDR, es un abordaje terapéutico cuyo nombre proviene del acrónimo en inglés Eye Movement Desensitization and Reprocessing, traducido al español como Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares.

Fue desarrollado originalmente por Francine Shapiro, en 1987, con el objetivo de trabajar los recuerdos traumáticos y los síntomas de estrés asociados a los mismos en personas que habían sufrido algún cuadro sintomatológico dentro del estrés postraumático (TEPT).

El mecanismo que se propuso para lograr este objetivo implicaba una serie de acciones encaminadas a reducir la activación asociada a los recuerdos traumáticos. Una de estas acciones fue el uso de los movimientos oculares, pretendiendo emular el mecanismo desarrollado por el cerebro durante la fase REM del sueño, donde se produce un movimiento rápido de los ojos. Sin embargo, con el tiempo, se han incorporado otras variaciones a la técnica que hace que su nombre original se haya convertido en algo obsoleto. Por ejemplo, el objetivo actual de la técnica EMDR no pretende únicamente dicha desensibilización de la persona frente a sus recuerdos traumáticos, sino también una reestructuración cognitiva de las creencias disfuncionales, así como una reelaboración de la propia experiencia traumática (Shapiro, 2001).

Además, otra variación importante incorporada es la posibilidad de utilizar diferentes tipos de estimulación para ayudar a que la persona procese dichos recuerdos traumáticos (van den Berg et al., 2015).

A pesar de que inicialmente se plantea su uso para personas con experiencias de estrés postraumático, en la práctica actual está siendo aplicado para numerosos problemas que pueden presentar las personas que inician un proceso psicoterapéutico, siendo el enfoque mucho más amplio y diverso (Pagani et al., 2015).

La técnica EMDR se basa en que los síntomas actuales que muestran las personas con experiencias post- traumáticas son considerados como resultantes de esas experiencias perturbadoras y que no han sido procesadas de manera adecuada por lo que han sido almacenadas de una forma disfuncional, estado-específica (Shapiro, 1995, 2001, 2007a) es decir, vinculados a un estado emocional o físico específico que estaba presente en el momento del trauma.

De esta forma el objetivo de EMDR estaría relacionado con la transformación de las experiencias traumáticas almacenadas en otras más adaptativas, a través de una aplicación con un marco terapéutico adecuado que permita identificar los recuerdos diana con un orden determinado en el procesamiento, favoreciendo así resultados óptimos que predisponen el bienestar psicológico.

El modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), de Shapiro (1995, 2001, 2006), sostiene que un evento traumático puede quedar almacenado en la memoria de una forma específica, como si estuviera congelado en el tiempo. Esto significa que esa experiencia traumática no puede conectarse con otras redes de la memoria que almacenan información adaptativa y saludable. La hipótesis de Shapiro es que, mientras esa información traumática esté almacenada de forma excitatoria y perturbadora en un estado específico, es posible que las percepciones originales del evento sean activadas por estímulos internos o externos, lo que puede generar reacciones emocionales, cognitivas y conductuales inadecuadas y síntomas como ansiedad, pesadillas y pensamientos intrusivos. En resumen, la idea es que el recuerdo traumático queda "atrapado" en un estado específico y no puede ser procesado adecuadamente, lo que genera síntomas negativos y disfuncionales en la persona. La técnica EMDR busca desbloquear ese estado específico y permitir que la persona procese el recuerdo traumático de manera adecuada para reducir los síntomas asociados.

En concreto, este modelo postularía que se produciría una reducción de la angustia a través de los movimientos oculares, junto con el acceso a esta red traumática de recuerdos de manera simultánea que, junto a los procedimientos, por parte del terapeuta, de guía en la dirección de la atención del paciente, se produciría dicho desplazamiento de los recuerdos y nuevas asociaciones adaptativas capaces de unirse al recuerdo traumático.

Francine Shapiro, habla de los movimientos oculares como un componente más dentro de la complejidad integradora de la práctica del EMDR destacando algunas premisas como esenciales (Shapiro, 2001):

- Estimulación bilateral dual como componente meramente integrativo, por ejemplo, la alternancia de golpes bilaterales con la mano y tonos auditivos.
- Importancia del EMDR como enfoque integral y especial atención, por parte de la persona y no sólo del terapeuta, para lograr sus efectos, a las imágenes, creencias, emociones, respuestas físicas, conciencia acrecentada y sistemas interpersonales. Por ejemplo, en un caso de episodio de violación, se orientaría a atender y tomar conciencia de las imágenes intrusivas, pensamientos o creencias negativas de sí misma o del papel que interpretó durante la violación (p.ej. "soy un ser sucio", "merezco lo que viví"), emociones negativas como miedo, vergüenza y culpa y sensaciones corporales asociadas a dichas emociones como tensión pélvica y nudo en la garganta.
- Propósito del EMDR de "liberarse del pasado y vivir un presente sano y productivo"

Esta autora destaca, como elemento clave en la terapia EMDR, la importancia de un blanco delineado, es decir, cada uno de los eventos, recuerdos o aspectos relevantes en la historia de la persona que favorecerá la comprensión del contexto y configuración del trauma ya que, de utilizar componentes equivocados, la cantidad de efectos positivos obtenida será mucho menor. Esta selección deberá ser perfectamente individualizada y completada con la persona atendida

considerándose la base del tratamiento EMDR y generar como resultado un procesamiento más rápido.

Se considera necesario, para la correcta comprensión de este trabajo, profundizar un poco más en las ocho fases del protocolo EMDR para que se pueda comprender correctamente cuál es el mecanismo de funcionamiento del mismo.

Por su parte, el número de sesiones dedicadas para cada una de las ocho fases esenciales del protocolo, es muy específico e individualizado en cada caso, atendiendo a sus necesidades y especificidades del cliente.

En la fase uno se registra el historial clínico y planifica el tratamiento de la persona, evaluando para ello los factores que determinan la seguridad del paciente (valorando la estabilidad y limitaciones de su vida actual), así como la elegibilidad para recibir el tratamiento. Con una adecuada y completa exploración del panorama clínico, se podrán ir definiendo los blancos que dieron origen a la patología existente, es decir, el o los recuerdos identificados por la persona como relacionados con el evento traumático: los activadores del material disfuncional en el presente, es decir, los eventos que en el presente conectan emocionalmente a la persona con la vivencia traumática; y los tipos de conductas y actitudes positivas que se necesitarán de cara al futuro.

La segunda fase sería la preparatoria, en la que el paciente se familiariza con los procedimientos de EMDR por parte del clínico mediante la explicación del modelo teórico, se comparten las expectativas con respecto al efecto que pueda generar el EMDR y se prepara para posibles perturbaciones durante las sesiones.

La tercera fase es la evaluativa en la que se determinan el blanco, es decir, la imagen que represente mejor el recuerdo traumático, y la respuesta base, es decir, la valoración que la persona hace del recuerdo traumático antes de iniciar el tratamiento, medida según la escala de valoración cognitiva según las unidades de valoración de la cognición (VOC) con una puntuación máxima de 7 puntos, siendo la puntuación de 1 valorada como “completamente falso”, es decir, que la persona no se siente nada identificada con la descripción de esta creencia, y 7 “completamente cierto”, cuando se identifica al completo.

La cuarta fase es la consistente en la desensibilización, a través de la cual el objetivo es reducir la percepción de perturbación que producen los sentimientos y emociones negativas asociadas al recuerdo traumático. Esto será medido mediante las unidades subjetivas de perturbación (SUD) pretendiendo que su nivel se reduzca a “0”.

En la quinta, fase de instalación, centrada en incidir en que la persona integre e incremente la fuerza de la cognición positiva identificada por el paciente como sustitutiva de la cognición negativa original a la que asociaba el evento traumático.

La sexta fase, explora y reprocesa cualquier tensión residual corporal asociada al recuerdo traumático. Es decir, trata de repasar las sensaciones corporales a la vez que mantiene la atención en la cognición positiva anteriormente integrada.

La séptima fase es la última de tratamiento, en la que se asegura la estabilidad del paciente, favoreciendo que pueda mantenerla entre sesiones.

La octava y última fase, de reevaluación, evalúa los procesos del tratamiento y explora si ha surgido material nuevo.

Viendo la necesidad de conceder un apartado relativo a la evidencia científica del EMDR, diremos que es bien conocida la controversia con respecto a su abordaje, con la consecuente solicitud de mayor respaldo a través de pruebas científicas que expliquen su mecanismo. Concretamente, existen autores que defienden su uso y eficacia para el trabajo con síntomas postraumáticos (Figuroa et al., 2016), autores que argumentan que, a pesar de no conocer al completo su funcionamiento, parece ofrecer una contribución interesante al reprocesamiento emocional de los recuerdos traumáticos (Lee et al., 2013), siendo respaldado también por autores como Marín et al., (2016) que señalan mejoras más rápidas y eficaces en comparación con tratamientos farmacológicos y abordaje cognitivo- conductual. Por contra, los detractores de este abordaje, argumentan que no parte de un sustento teórico sino de una experiencia personal de la creadora, generando contrariedad con respecto a su carácter científico (Herbert et, al. 2000).

En este sentido Caballo y Salazar (2019), por su parte, exponen que la EMDR, al igual que las pseudociencias, suelen responder a objetivos ideológicos, culturales o comerciales, con la consecuente influencia económica que conlleva para su práctica y uso.

La Asociación Americana de Psiquiatría, Asociación Internacional para el Estudio del Estrés Traumático, el Departamento de Defensa y de Veteranos, así como otros estudios internacionales controlados, consideran el EMDR como tratamiento efectivo para problemas traumáticos como desastres naturales y guerras o terrorismo (Blech et al., 2002; Ursano et al., 2004). Además, en 2010 el EMDR tuvo su reconocimiento como enfoque psicoterapéutico (Prochaska & Norcross, 2010), así como por parte de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) de EEUU, en 2011, como tratamiento de entre los más basados en la evidencia así como el más eficaz para la ansiedad depresión y TEPT. Desde 2013 está incluido el EMDR como psicoterapia para niños, adolescentes y adultos, dentro de la recomendación emitida por la OMS.

Con respecto al uso de su protocolo, algunos estudios muestran su evidencia científica (Bisson y Andrew, 2007; Bradley et al., 2005; Chemtob et al., 2000; Foa, et al., 2009; Hertlein y Ricci, 2004; Maxfield y Hyer, 2002) para defender la eficacia en el tratamiento del estrés postraumático.

Otros más recientes, como el de Novo et al. (2018) destacan que una de las principales ventajas de EMDR es que tanto su protocolo estándar como los específicos para tratar diferentes problemas psicológicos o psiquiátricos, están bien estandarizados y validados científicamente por lo que facilita tanto su uso clínico como la investigación científica.

Así como el de Cedillo Armijos et al. (2021), que realizaron un diseño metodológico con estudios experimentales y cuasiexperimentales entre los años 2016 y 2020, logrando evidenciar que la EMDR refleja los criterios para considerarse una ciencia, sosteniendo su eficacia, en un total de 38 publicaciones. Concretamente, concluyen que se respaldan los criterios de científicidad de la EMDR, cumpliendo con la propuesta de dominios de científicidad asentados por Bunge (2010), en la tabla

comparativa de las actitudes y actividades entre científicos y pseudocientíficos que define y aplica en su obra.

Es precisamente para la sintomatología psicótica para la que aún no se ha probado suficiente evidencia científica a través del EMDR, siendo uno de los motivos que ha impulsado la necesidad de llevar a cabo esta revisión sistemática.

Las Guías de Práctica Clínica, para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental, no incluye abordaje centrado en el trauma, pero sí determina como objetivos fundamentales la reducción de la vulnerabilidad del paciente y disminución del impacto de las situaciones y eventos estresantes, entre otros. Cabría preguntarnos si esto no es una llamada indirecta a cubrir las necesidades que se están identificando en personas que tienen psicosis.

Ya ha habido algunos autores (p.e. Bont et al. 2019). que han advertido de los menores costes económicos en personas con trastornos psicóticos mediante los tratamientos para el TEPT, a través de EMDR y terapia de exposición (PE).

## **JUSTIFICACIÓN**

Cada vez es más fácil poner en valor la importancia de las experiencias traumáticas vitales como posibles detonantes de traumas psicológicos a lo largo de nuestra historia. Además, comienza a incrementarse el interés por realizar estudios que asocian el TEPT con la aparición de sintomatología o cuadros del espectro psicótico. En un estudio metaanalítico de Varese et al (2012) se hallaron pruebas que probaban que las principales adversidades en la infancia, antes de los 18 años, aumentan el riesgo de aparición de psicosis, teniendo como elementos que incrementan dicha probabilidad la gravedad del trauma y asociando los tipos de experiencias adversas con la manifestación psicótica posterior (Bental et al., 2012; Lyshaker, 2007; Morgan et al., 2020).

Los estudios de Read et al. (2005; 2017), muestran que el abuso y la negligencia infantil ocupan un papel muy relevante en los problemas de salud mental, reflejando que, de entre los pacientes que han vivenciado sintomatología psicótica alguna vez en la vida, entre el 50 y el 98 por cien el porcentaje de personas que afirmaban haber vivenciado una o más experiencias traumáticas alguna vez en su vida.

Además, existen indicios que explican la similitud entre el contenido de las alucinaciones con el de los traumas vividos (Calvert, 2008; De Bont et al., 2013).

A pesar de existir autores que justifican la existencia de eventos traumáticos en población con psicosis (Lommen y Restifo, 2009; Varese et al., 2012), otros como de Bont et al. (2013) destacan que todavía existe infradiagnóstico e infratratamiento para el TEPT en personas con trastornos dentro del espectro psicótico, siendo algunos de los motivos el temor al acceso y abordaje de los recuerdos traumáticos en personas con sintomatología psicótica. Esto continúa perpetuando el silencio y la

desatención terapéutica en esta dirección y con este colectivo, dificultando su estudio y el aumento de un aval científico que lo evidencie.

Asumiendo esta necesidad y sumado a que la evidencia del EMDR ha sido principalmente probada con población con TEPT, con resultados prometedores, se considera necesario continuar con estudios que desentrañen, no sólo los mecanismos neurobiológicos subyacentes al EMDR sino todos aquellos que puedan favorecer la recuperación clínica en las diversas manifestaciones patológicas del trauma, siendo una de las poblaciones más afectada por este área las personas con trastornos psicóticos.

Debido a todo esto, se ha considerado necesaria la elaboración de esta revisión sistemática, con el objetivo de contrastar los resultados de los estudios con evidencia científica publicados hasta la fecha, centrados en el tratamiento EMDR en población con TEPT o historia traumática en su historia vital junto con sintomatología o la presencia de algún cuadro psicótico comórbido. Con esto se pretende una ampliación en los resultados y análisis metodológicos en este área para contribuir al avance en la adecuación de los abordajes terapéuticos para cada una de las personas.

Además se pretende priorizar, como orientación terapéutica, el trabajo centrado en la persona y en sus necesidades, logrando la redefinición e integración de dicho contenido traumático en base al modo en el que ha percibido e interpretado su mundo. Esta visión podría seguir favoreciendo el acercamiento a desgranar la complejidad que presenta esta población con sintomatología psicótica.

## **OBJETIVOS**

Teniendo en cuenta lo anteriormente desarrollado se definen unos objetivos para el desarrollo de esta revisión sistemática dando respuesta a las siguientes preguntas de investigación.

*¿Existe evidencia científica acerca del abordaje del trauma, mediante EMDR, en población con diagnóstico del espectro psicótico comórbido con historia vital de trauma o diagnóstico de TEPT?*

En primer lugar, contando con una base de contexto teórico con respecto a qué se entiende por trauma, por población con historia vital de trauma psicológico, contemplando a la población con experiencias psicóticas como una de las afectadas por estas experiencias traumáticas, sería necesario plantearse como objetivo observar, identificar y describir cómo se ha abordado hasta la actualidad el trauma y qué intervenciones han destacado por su evidencia científica en población que contara con comorbilidad entre experiencias psicóticas y de trauma psicológico, con o sin diagnóstico establecido.

Suponiendo que existiera dicha evidencia científica en el EMDR con personas con psicosis y trauma, esta evidencia científica *¿sería suficiente como para probar el abordaje mediante EMDR de manera específica para esta población y no en combinación con otros tratamientos centrados en el trauma?*



Ante esto, el segundo objetivo se centrará en buscar estudios con suficiente evidencia científica con los que observar y comparar cuáles son los elementos que funcionan mejor en el abordaje del trauma en personas con psicosis, para concluir si se debe, de manera específica, al EMDR, o si está funcionando mejor la combinación con otro abordaje centrado en el trauma.

Para pulir un poco más las cuestiones anteriores es necesario preguntarse *¿Cómo de completos y finalizados están dichos estudios para esta comorbilidad concreta con este abordaje específico?*

Para ello, es necesario como tercer objetivo de este estudio comparar y evaluar la calidad de los estudios cribados en dicha revisión sistemática para extraer los factores explicativos del abordaje del EMDR en esta población y observar si son suficientes como para extraer conclusiones a favor de este abordaje.

Estos factores influyentes en dicha calidad de los resultados tendrán que reflejarse en unas consecuencias específicas, por lo que cabría esperar una respuesta a una última pregunta de investigación que explore *¿en qué variables resultado o consecuentes se reflejan cambios significativos cuando se ha utilizado EMDR en población con síntomas psicóticos y experiencias traumáticas?*

Por lo que el cuarto y último objetivo será observar, describir y enumerar en qué variables se han obtenido resultados positivos y significativos después del abordaje con EMDR en población con sintomatología psicótica e historia vital traumática, para diferenciarlos de aquellos que ofrezcan datos poco concluyentes.

## **MÉTODO**

Criterios de elegibilidad y formato PICO.

Con el objetivo de favorecer la elegibilidad de la revisión sistemática, y teniendo en cuenta que tiene como objetivo probar la eficacia de una intervención psicoterapéutica, se ha tomado como referencia el formato PICO (población, intervención, comparación y variables resultado, consecuentes u “Outcomes”) cuyos elementos han ayudado a la delimitación y definición de los criterios de inclusión y exclusión para esta revisión sistemática.

Participantes o población.

Los participantes incluidos en esta revisión sistemática son personas con una edad mínima de 16 años, que presenten comorbilidad entre sintomatología psicótica (teniendo en cuenta dos posibilidades: con diagnóstico de alguno de los trastornos que definen el trastorno mental grave, siempre que haya manifestación de síntomas psicóticos, o bien por recibir algún diagnóstico relacionado con lo psicótico) y diagnóstico de TEPT o historia de trauma psicológico correctamente evaluado (no siendo un criterio de exclusión el no presentar el diagnóstico).

Tipos de intervenciones.

Las intervenciones psicológicas contempladas para esta revisión sistemática deben incluir el EMDR, como abordaje específico centrado en el trauma, aplicado en un grupo experimental tanto de manera independiente como en combinación con el tratamiento habitual o “como de costumbre” (TAU), pudiendo contemplarse bajo esta condición el tratamiento farmacológico o terapia psicológica con los que ya contaban, siempre y cuando estos no sean algún tratamiento psicológico centrado en el trauma, así como la lista de espera (WL, Waiting List por sus siglas en inglés) que tiende a incluirse dentro de la categoría TAU.

Condiciones de control.

Las condiciones que caracterizan al grupo control o no experimental podrán incluir el tratamiento habitual, incluyendo las opciones de lista de espera (WL), tratamiento farmacológico, tratamiento psicoterapéutico no centrado en el trauma, o combinación de estas dos últimas; así como tratamiento psicoterapéutico centrado en el trauma.

Consecuentes, variables “resultado” u outcomes.

En las variables resultado, se enumeran y describen las relaciones significativas con otras variables o síntomas que indiquen mejoría en el bienestar psíquico del paciente, tanto en términos subjetivos como a través de resultados en los instrumentos de evaluación.

Posteriormente, previo a la selección de los artículos, fueron definidos los criterios de elegibilidad que se muestran a continuación.

Criterios de inclusión:

- Que en la muestra de población exista comorbilidad entre trastorno del espectro psicótico y diagnóstico de estrés post traumático o experiencia de trauma.
- Edad de la muestra de población a partir de los 16 años.
- Que el tratamiento de intervención aplicado sea con EMDR sin combinar con otro abordaje centrado en el trauma en el grupo experimental.
- Que los registros estén publicados en lengua inglesa y castellano.
- Que las publicaciones sean consideradas científicas.

Criterios de exclusión:

- Que la muestra de población sólo presente sintomatología psicótica o trastorno del espectro psicótico.
- Que la muestra de población sólo presente sintomatología traumática o TEPT.
- Edad de la muestra de población menor a 16 años.
- Que el tratamiento de intervención aplicado no incluya EMDR.
- Que el tratamiento de intervención aplicado incluya EMDR en combinación con otro abordaje centrado en el trauma (tanto en grupo experimental como control).

- Que los registros estén publicados en idiomas distintos a la lengua inglesa y castellana.
- Que las publicaciones sean consideradas no científicas.

Fuentes de información y estrategias de búsqueda.

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de los estudios científicos publicados sobre el abordaje de intervenciones centradas en el trauma, concretamente a través de EMDR, en población adulta con algún trastorno con sintomatología psicótica, o con diagnóstico dentro del espectro psicótico, comórbido con trastorno de estrés postraumático o experiencia traumática en su historia vital. Para su adecuado desarrollo, se han seguido las directrices de la última versión de la declaración PRISMA (Page et al., 2020) para la correcta elaboración de revisiones sistemáticas. A continuación se detallarán las distintas fases del proceso de elaboración.

Búsqueda inicial.

Durante el mes de diciembre de 2022, tuvo comienzo un barrido inicial de búsqueda bibliográfica en *Google Scholar* explorando la disponibilidad de contenido científico publicado acerca de la temática anteriormente expuesta. Concretamente, los términos introducidos fueron “severe mental illness” y “EMDR”, con el objetivo de explorar el nivel de precisión de los artículos publicados con respecto a la intervención con EMDR en población con enfermedad mental grave, y en específico con manifestación de síntomas psicóticos. De esta manera, se podría obtener una visión global de la amplitud de la temática comprobando, en torno a ella, dónde se estaba poniendo el foco en la investigación actual. Además, esta búsqueda inicial proporcionó ideas acerca de las palabras clave que podrían resultar interesantes para acotar el tema en una revisión más en profundidad.

Posteriormente, se complementa dicha búsqueda, en la misma base de datos, con otros términos de “psychosis”, “schizophrenia”, “ptsd” o “post traumatic stress disorder” y “EMDR”.

Búsqueda sistemática.

Viendo las bases de datos que mayores publicaciones arrojaban dentro de *Google Scholar*, se decidió acotar el número de bases de datos, seleccionando *Pubmed* y *Cochrane*, puesto que fueron de las que se derivaba un mayor contenido relacionado con el tema de interés de esta revisión, siendo además a los artículos incluidos en estas bases a los que finalmente se pudo tener acceso.

En estas bases de datos se realiza una búsqueda con la utilización de los operadores booleanos *AND* y *OR*, para posteriormente introducir *NOT* con la delimitación de la muestra de población. El proceso de precisión en la búsqueda, con la gradual selección de las palabras clave fue el siguiente:

En primer lugar, se utilizaron las keywords de (((((((((psychosis) OR (schizophrenia)) AND (severe mental illness)) AND (ptsd)) OR (posttraumatic stress disorder)) OR (trauma)) AND (EMDR)) OR (eye movement desensitization and reprocessing)) AND (adult))

Posteriormente, pareció adecuado utilizar como criterio de exclusión, a población infantil y se añadió: (((((((((((psychosis) OR (schizophrenia)) AND (severe mental illness)) AND (ptsd)) OR (posttraumatic stress disorder)) OR (trauma)) AND (EMDR)) OR (eye movement desensitization and reprocessing)) AND (adult)))) NOT (children)

Viendo que el término trauma podía desvirtuar la línea de búsqueda que se estaba conformando y comprobando que ya se asumía la experiencia traumática en el estrés postraumático y en el tipo de intervención basada en el EMDR, se eliminó dicha palabra clave (*trauma*). Además, se comprobó si se producían cambios en los resultados publicados manteniendo o eliminando el término “*severe mental illness*”. Se consideró adecuado mantenerla puesto que no ofrecía cambios significativos en sus resultados.

Quedaron como palabras clave definitivamente seleccionadas las siguientes: (((((((((((psychosis) OR (schizophrenia)) AND (severe mental illness)) AND (ptsd)) OR (posttraumatic stress disorder)) AND (EMDR)) OR (eye movement desensitization and reprocessing)) AND (adult)) NOT (children))

Los resultados obtenidos tras la búsqueda de publicaciones científicas en Pubmed y Cochrane con los operadores booleanos anteriormente indicados arrojaron un total de 505 registros identificados, concretamente 322 de la Base de datos de Pubmed y 183 de Cochrane.

Previo a realizar el cribado, se considera adecuado realizar la misma búsqueda en idioma castellano, ya que se había tomado como referencia la búsqueda en la lengua inglesa. A pesar de no encontrar resultados adicionales en castellano en ninguna de las dos bases bibliográficas, se añaden 10 artículos de interés en base a las referencias del único artículo en castellano que emergió, que ya había sido incluido. De este modo se obtuvieron 515 resultados, de los cuales 322 pertenecían a Pubmed y 193 a Cochrane.

Además, para la codificación de los estudios, se han tenido en cuenta las siguientes variables que puedan medir la calidad metodológica de los mismos y con ello el riesgo de sesgo:

- Sesgo de selección, mediante el cual se comprobará si los estudios están aleatorizados y ocultan esa secuencia a sus participantes.
- Sesgo de realización, codificando si se ha proporcionado ciego a los participantes.
- Sesgo de detección, codificando si se ha proporcionado ciego a los evaluadores.
- Sesgo de desgaste, comprobando la posibilidad de aparición de datos incompletos, por ejemplo que no se hayan explicado los motivos de los abandonos y exclusiones de los participantes.
- Sesgo de notificación, a través del cual se haya omitido información o notificado parcialmente

las variables resultado.

Sumado al riesgo de sesgo, se ha contemplado el cumplimiento de los criterios de Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) para las publicaciones que sean ensayos controlados aleatorizados (ECA). En estos criterios se comprueba si los registros aportan contenido para los seis dominios que consideran esenciales: título y resumen, introducción, metodología, resultados, discusión y otra información.

## **RESULTADOS**

Para realizar el cribado de la revisión sistemática se tuvieron en cuenta las condiciones de “duplicado”, “no apto por las herramientas de automatización” y “otras razones”. Se procedió al análisis de los títulos y palabras clave utilizadas de los 515 resultados obtenidos y con ello se eliminaron 11 artículos por estar duplicados, 468 como no aptos por las herramientas de automatización, es decir, por no incluir en el título o palabras clave definitorias de los registros los términos identificados en la revisión sistemática. Además, fueron descartados cinco artículos por otras razones (concretamente por inaccesibilidad al artículo o texto completo en la base de datos).

Por tanto, de los 515 registros identificados, quedaron un total de 31 artículos, 17 en Pubmed y 14 en Cochrane, de los que se leyó el resumen. Se descartaron 26 artículos que no cumplían los criterios de elegibilidad anteriormente detallados, siendo seleccionados, para el cribado definitivo de la revisión sistemática, 6 artículos.

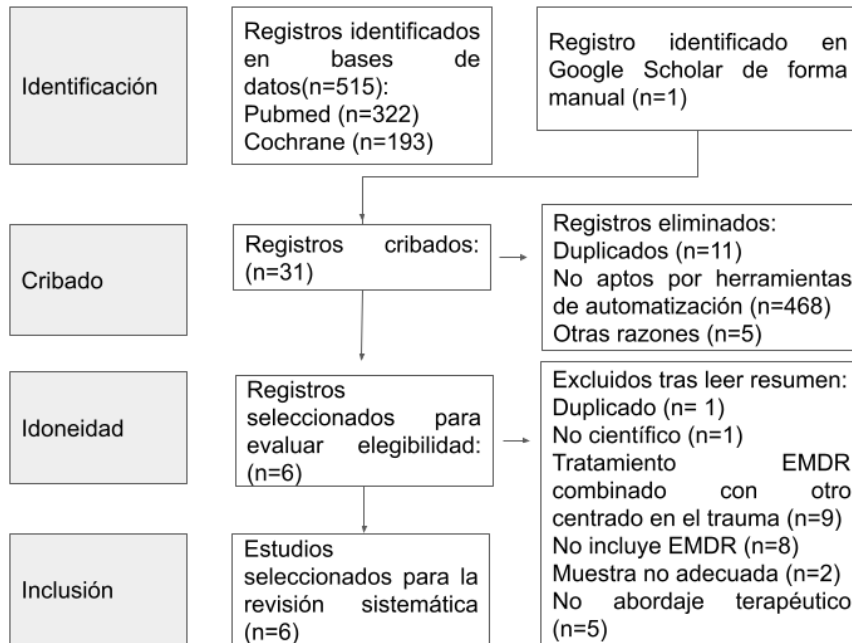
De manera más específica, en estos 31 artículos, 1 fue descartado por estar duplicado en otro idioma, otro por no tratarse de una publicación científica, 9 por no cumplir con el criterio de elegibilidad de aplicación de tratamiento EMDR de manera individualizada, sin combinar con otro abordaje centrado en el trauma en alguno de los brazos o condiciones. Se eliminaron además 8 artículos que miden la efectividad de tratamientos centrados o no en el trauma pero no incluyendo el EMDR (terapia narrativa, TCC, terapias focalizadas en el trauma), 2 que no cumplían los criterios de inclusión de la muestra por ser o población sólo con psicosis o con patología dual que incluía otras comorbilidades añadidas a la de espectro psicótico y TEPT. Por último, quedaron descartados 5 estudios que no probaban la eficacia de ningún abordaje terapéutico, y por tanto, no incluyendo tampoco el EMDR como criterio de inclusión.

Cabe destacar la incorporación, de manera manual, de un artículo de Google Scholar que cumplía criterios de elegibilidad y que podría arrojar algo más de contenido en cuanto a resultados para esta revisión sistemática para completar esa totalidad de 6 artículos para su análisis en profundidad, cuyas características se detallarán a continuación.

Con el objetivo de favorecer la comprensión de dicho proceso, los datos anteriormente expuestos quedan recogidos en el diagrama de flujo según PRISMA (Page et al., 2020) en la Figura 1.

**Figura 1.**

*Diagrama de flujo del desarrollo de la revisión sistemática.*



**Tabla 1.**

*Tabla de resultados de los estudios de la revisión sistemática.*

	<b>Muestra</b>	<b>Metodología</b>	<b>Criterios de Calidad</b>	<b>Resultados</b>
<b>Every-Palmer et al (2019)</b>	N=46, edad entre 18- 65 años; TMG con síntomas psicóticos y TEPT en servicios de salud mental forense.	1 ECA; EMDR (8 sesiones +1) vs Lista de Espera; "finalización temprana"; evaluación en línea base, 10 semanas y 6 meses; incluyen metodología "intención de tratar".	Sesgo de detección (no ciego a evaluadores); cumplimiento de criterios CONSORT; controlado.	Proponen medidas de resultado al inicio en sintomatología postraumática , acontecimientos adversos para la seguridad del tratamiento y aceptabilidad del tratamiento; a las 10 semanas en cogniciones postraumáticas, depresión, discapacidad, delirios y alucinaciones, funcionamiento social y autoestima; a los 6 meses medidas subjetivas del tratamiento EMDR.
<b>Valiente-Gómez et al (2020)</b>	N=80, edad entre 16-65 años; PEP con historia de trauma psicológico.	1 ECA multicéntrico fase II; EMDR vs TAU; evaluación en línea base, 6 y 12 meses de seguimiento; incluyen metodología por "intención de tratar".	Sesgo de realización (no ciego a participantes); no cumple criterios CONSORT (le falta el epígrafe de resultados, aunque sea para estimarlos como otros artículos en desarrollo); controlado.	Proponen medidas de resultado en mejora clínica y estabilización, sintomatología psicótica y relacionada con el trauma, capacidad funcional, adherencia al tratamiento, depresión, ansiedad y recaídas post tratamiento.
<b>Varese et al (2020)</b>	N=60; edad > 16 años; PEP con historia de trauma psicológico.	1 ECA de grupos paralelos; EMDR con adaptación en fases (16 sesiones) + TAU vs	Sesgo de realización (no ciego a participantes); cumple criterios CONSORT; controlado.	Proponen medidas de resultado para sintomatología psicótica, síntomas relacionados con el trauma, ansiedad, depresión, nivel de funcionamiento,

	<b>Muestra</b>	<b>Metodología</b>	<b>Criterios de Calidad</b>	<b>Resultados</b>
		TAU; evaluación en línea base, 6 y 12 meses de seguimiento.		recuperación subjetiva, calidad de vida y medidas económicas de salud.
<b>Sin et al (2017)</b>	N=83/ N=88; edad > 18 años; TMG con TEPT.	2 ECAs; ECA1: EMDR vs TAU (WL); ECA2: TCC-FT vs EMDR; evaluación en línea base, post tratamiento y 7-9 meses de seguimiento, para ambos.	Propone alternativas para combatir los sesgos de realización, detección, desgaste y notificación; cumple criterios CONSORT; controlado.	No efectos de superioridad de EMDR vs TCC-FT; < gravedad de sx postraumática a medio plazo (7-9 meses) en EMDS vs WL; no hubo datos para el resto de variables resultado (calidad de vida, psicosis, ansiedad, depresión y economía sanitaria). Valoración de baja calidad en los estudios.
<b>Van den Berg &amp; van der Gaag (2012)</b>	N=27; edad > 18 años; Trastorno del espectro de la esquizofrenia con TEPT.	1 ensayo piloto abierto; EMDR (6 sesiones); no seguimiento; incluyen metodología por "intención de tratar".	Sesgo de realización y detección (no ciego para participantes ni evaluadores); cumple criterios CONSORT; no controlado; sesgo en la interpretación de los síntomas (la escala de TEPT fue administrada por los terapeutas).	Mejoras significativas en sx postraumática, depresión, ansiedad y autoestima; reducciones pequeñas significativas en sx delirantes; no resultados significativos para sx de desesperanza e ideación paranoide.



	<b>Muestra</b>	<b>Metodología</b>	<b>Criterios de Calidad</b>	<b>Resultados</b>
<b>Yaşar et al (2018)</b>	N=1; esquizofrenia con h <sup>a</sup> de trauma psicológico.	Estudio de caso único, EMDR (2 sesiones) + TAU; evaluación en línea base, post tratamiento, 6 meses de seguimiento.	Sesgo de realización y detección (no ciego para participante ni para evaluadores); no cumple criterios CONSORT; no controlado.	Tras 1 <sup>a</sup> sesión EMDR: Disminución de la gravedad postraumática, tensión y estrés subjetivo; mejora de sintomatología psicótica (culpa, hostilidad y ansiedad asociadas); disminución en sx depresiva y ansiosa Tras 2 <sup>a</sup> sesión EMDR: Incremento en la percepción de tensión y estrés subjetivo. En seguimiento: disminución significativa de SUD e incremento significativo de VoC.

Nota: ECA: Ensayo controlado aleatorizado; TMG: Trastorno Mental Grave; TAU: Tratamiento como de costumbre, tratamiento habitual; PEP: Primeros Episodios Psicóticos; h<sup>a</sup>: historia; EMDR: "Eye Movement Desensitization and Reprocessing" , Desensibilización y Reprocesamiento por movimientos oculares; sx: sintomatología; TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático; WL: lista de espera; TCC- FT: Terapia Cognitivo- Conductual Focalizada en el Trauma; <: menor; SUD:"Subjective units of Disturbance", unidades subjetivas de perturbación ; VoC:Validity of the Positive Cognition, Validez de la Cognición Positiva.

Además del desarrollo descriptivo que aparece a continuación, puede consultarse un compendio de los resultados de los artículos seleccionados en la Tabla 1.

Con el objetivo de mostrar la mayor coherencia y relación entre los resultados presentados, haciendo hincapié en lo más significativo para esta revisión sistemática, se ha decidido establecer un orden pertinente que favorezca dicha congruencia.

De los seis artículos seleccionados por cumplimiento de criterios de elegibilidad, tres de ellos no han sido publicados de manera completa, siendo sus resultados la presentación de las hipótesis de resultados esperados en base a protocolos metodológicos definidos. Estos, por tanto, serán los primeros que se mostrarán en esta síntesis para mostrar a posteriori los resultados y puntos en común más significativos de los tres artículos consecutivos que sí fueron finalizados y publicados de manera completa.

Además, como enriquecimiento de la información que a continuación se detalla, se podrá consultar en el Anexo I, una descripción más detallada de cada uno de los instrumentos de evaluación que utilizan los estudios que a continuación se mencionan.

Every- Palmer et al (2019) desarrollan un ECA (Ensayo Controlado Aleatorizado) de superioridad con el que comprobar la eficacia y mejora del tratamiento EMDR junto con TAU frente al grupo de sólo TAU en personas en servicios de salud mental forense con enfermedad mental grave con sintomatología psicótica y que cumple, de manera comórbida, criterios de TEPT.

El protocolo de tratamiento EMDR que proponen aplicar es el estándar con una fase inicial adicional en la que preparar, evaluar y planificar las siguientes 8 fases, siendo la aplicación semanal de las sesiones, con una duración de 60 minutos. Añaden los métodos de “intención de tratar” y “finalización temprana” para los casos en los que los resultados son significativos sin haber completado las 9 fases. Cabe destacar que el análisis por intención de tratar es una forma de análisis estadístico que utilizan los estudios clínicos para evaluar la eficacia de un tratamiento, incluyendo todos los pacientes que se asignaron inicialmente a cada grupo de tratamiento, independientemente de si completaron o no el período de tratamiento o seguimiento, con el objetivo de proporcionar una estimación más precisa del verdadero efecto del tratamiento en la población objetivo.

Las variables resultado que plantean para su medición estarían divididas en tres momentos temporales (primarias al inicio, secundarias a las 10 semanas y terciarias a los 6 meses de seguimiento) siendo las primarias las relacionadas con síntomas postraumáticos, mediante CAPS y PSS-SR; seguridad del tratamiento mediante la exploración de los acontecimientos adversos con AEQ (Cuestionario de acontecimientos adversos-); y la aceptabilidad del tratamiento mediante TAA (escala de Aceptabilidad y Adherencia al Tratamiento).

Las medidas de resultado secundarias recogerían las cogniciones postraumáticas, medidas con PTCI y TSI-2; sintomatología depresiva, a través del BDI-II; discapacidad, con WHODAS 2.0; sintomatología psicótica con las subescalas de delirios y alucinaciones del PSYRATS;

funcionamiento social, mediante SFS; y la autoestima con RSES (escala de Autoestima de Rosenberg).

Como medidas terciarias se tomarían las medidas subjetivas en las que se utilizarán entrevistas semiestructuradas y grabadas por audio con las que recoger la percepción subjetiva de personas que sufren TEPT y reciben tratamiento de EMDR.

Un año más tarde aproximadamente, Valiente- Gómez, et al (2020), publican, también a través de un ECA, la propuesta de medición de la eficacia del EMDR, a través del protocolo estándar, frente al TAU en una muestra de 80 participantes con Primeros Episodios Psicóticos (PEP); concretamente con alguno de los diagnósticos de Esquizofrenia o trastorno del Espectro de la esquizofrenia, Trastorno Depresivo Mayor con síntomas psicóticos, o Trastorno Bipolar tipo I con síntomas psicóticos, y teniendo que contar además con historia de trauma psicológico según criterios de DSM-5.

Como hipótesis a confirmar en este estudio, estos autores se plantean obtener una reducción en recaídas, síntomas psiquiátricos y relacionados con el trauma, y una mejora en la capacidad funcional y en la adherencia al tratamiento farmacológico para el grupo de pacientes asignado al tratamiento EMDR.

En esta ocasión proponen desarrollar el tratamiento EMDR sin realizar modificaciones al protocolo estándar mediante las 8 fases con un máximo de 20 sesiones individuales de 60 minutos cada una.

Además, para el análisis de resultados principales y al igual que Every- Palmer y colaboradores (2019), incluyen el análisis por intención de tratar (ITT).

Los momentos temporales en los que se tomarán las medidas pertinentes serán al inicio del tratamiento, a los 6, y a los 12 meses de seguimiento, queriendo obtener resultados de los síntomas relacionados con la mejoría clínica y estabilización, síntomas de ansiedad, depresión y psicóticos principalmente; contemplando como variable más significativa el número de recaídas post tratamiento.

Para los síntomas relacionados con el trauma contarán con el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ), debido a que incluyen una muestra desde los 16 años de edad; y el Cuestionario de Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP-5) para determinar el diagnóstico de TEPT, basado en DSM IV. Además, se utilizará el Inventario de Estrés Vital de Holmes-Rahe (para determinar los acontecimientos vitales estresantes que ha experimentado un paciente en los últimos 12 meses); la Escala de Impacto de Sucesos - Revisada (IES-R); la Escala de Experiencias Disociativas (DES); y el Cuestionario de Experiencias Disociativas (SDQ-20).

Los síntomas clínicos y nivel de funcionamiento serán evaluados mediante el módulo de suicidio de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI); el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II); la Escala de valoración de la manía de los jóvenes (YMRS); la Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS); y la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF).

También serán evaluados la calidad de vida, capacidad de insight y la adherencia al tratamiento mediante el EQ-5D, desarrollado por el grupo EuroQol; Escala de Insight Cognitivo de Beck (BCIS); e Inventario de Actitudes hacia las Drogas (DAI-10). Esta última mediría la actitud hacia la medicación.

Con condiciones similares a Every- Palmer y colaboradores (2019), Varese y sus compañeros desarrollaron en 2020 otro ECA para una muestra de 60 participantes que presentaban primeros episodios psicóticos y antecedentes de trauma psicológico comórbidos, mediante la asignación aleatoria al grupo de tratamiento EMDR + TAU frente al grupo control de sólo TAU. El objetivo del estudio era evaluar la viabilidad y aceptabilidad de la batería de medidas necesarias para un futuro ensayo definitivo.

Estos autores, y de nuevo de manera similar al estudio de Every- Palmer y colaboradores (2019), añaden adaptaciones específicas al protocolo estándar de 8 fases de EMDR para la población con psicosis. Concretamente, plantean la modificación y ampliación de las fases 2 y 3 del protocolo, centradas principalmente en la preparación, psicoeducación, evaluación y definición de objetivos para el reprocesamiento posterior, teniendo en cuenta la sintomatología psicótica y el impacto en el bienestar del participante.

Las medidas de evaluación recogerán resultados para los síntomas psicóticos, mediante los instrumentos PANSS, PSYRATS, GPTS, VIS y QPR; síntomas relacionados con el trauma, mediante los instrumentos TSQ, TALE, PCL-5, ITQ y DES-II); sintomatología ansiosa, con la GAD-7; depresiva, a través del uso de PHQ-9; nivel de funcionamiento, PSP; recuperación subjetiva por parte del usuario, valorada con QPR; calidad de vida, EQ-5D-5L; y datos sobre el uso de los servicios para futuros análisis utilizando EPQ.

Las medidas serán tomadas en la línea base y seguimiento post tratamiento a los 6 y a los 12 meses.

Dentro de los artículos con estudios publicados de manera completa, cabe destacar la revisión sistemática de Sin et al (2017) de la cual se describirán los resultados de dos de sus ensayos controlados aleatorizados (ECA) incluidos. El objetivo de ambos fue probar la efectividad del EMDR en población con trastorno mental grave comórbido con TEPT en muestras de 83 y 88 participantes. En el primer ECA, se obtuvieron resultados de la efectividad de la EMDR frente al TAU o lista de espera, al igual que en los anteriormente desarrollados. Sin embargo, el segundo ECA probaba la efectividad frente a la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma(TF- CBT). Para ambos, plantearon medidas de resultados de síntomas postraumáticos, calidad de vida y bienestar, sintomatología psicótica, sintomatología de ansiedad y depresión, además de los eventos adversos y resultados económicos de salud.

No obtuvieron resultados de superioridad de efectos de EMDR frente a TCC focalizada en el trauma aunque sí menor gravedad de síntomas postraumáticos a medio plazo (7-9 meses) en favor de EMDR frente a TAU o lista de espera. No hubo resultados disponibles para la calidad de vida, sintomatología psicótica comórbida, ansiedad, sintomatología depresiva y economía sanitaria.

Van den Berg y van der Gaag (2012) desarrollaron un estudio piloto abierto de una muestra de 27 participantes con TEPT comórbido con trastorno psicótico según criterios DSM- IV. En él se probó la eficacia del tratamiento EMDR sin grupo control mediante 6 sesiones semanales de 90 minutos de duración.

Los resultados analizados fueron separados entre los participantes que completaron el estudio (n=22) y los que no, utilizando para éstos la condición de intención de tratar (n=5). Esta última condición también la contemplaron tanto Every - Palmer y colaboradores (2019), como Valiente y colaboradores (2020) en sus respectivos estudios.

Se extrajeron resultados pre y post tratamiento, sin medidas de seguimiento, de los síntomas postraumáticos, sintomatología psicótica (alucinaciones verbales auditivas, delirios, ideación paranoide), y síntomas de ansiedad, depresión, autoestima y sentimientos de desesperanza.

Los análisis reflejaron mejoras significativas en los síntomas postraumáticos (medido mediante CAPS), síntomas de depresión (BDI-II), síntomas de ansiedad (BAI) y en la autoestima (SERS-SF). Con respecto a los síntomas de alucinaciones verbales auditivas y delirios, y a pesar de que no se distribuyeron en la muestra debido a que no todos los participantes los presentaban al comienzo del estudio, se obtuvieron reducciones pequeñas pero significativas en los síntomas delirantes (medido con PSYRATS, DRS, AHRs).

Para los sentimientos de desesperanza (utilizando BHS) así como ideación paranoide (con GPTS) no se encontraron resultados significativos, tanto en los resultados por intención de tratar como en los que completaron el tratamiento.

Además, cuando aparecían eventos adversos como exacerbación de síntomas, ideas de suicidio y abuso de sustancias entre otros, el terapeuta exploraba, durante cada sesión, si el paciente percibía el evento como relacionado con el tratamiento administrado. Ante esto, hubo un caso que percibió estrés o aumento temporal de sintomatología postraumática, para lo que con una sesión en la que recuperar el control y motivación por el tratamiento fue suficiente; otro sujeto que refirió en dos ocasiones un aumento de excitación frente a la que se mantuvo una conversación psicoeducativa sobre el tratamiento EMDR y los efectos secundarios temporales que tranquilizó al paciente; así como una única recaída durante el tratamiento en un sujeto con antecedentes de drogadicción después de exponerse a salir de casa tras años en contexto aislado. No se dieron intentos de suicidio ni agresiones a terceros.

Por último, Yaşar et al (2018), en su informe de caso único, cuyo participante tenía diagnóstico de esquizofrenia paranoide con TEPT comórbido, se aplicaron dos sesiones de terapia EMDR combinado con TAU (tratamiento farmacológico habitual) durante su régimen de internamiento mediante ingreso psiquiátrico de 31 días.

Tomando medidas al inicio, durante el tratamiento y a los 6 meses de seguimiento, los resultados

reflejaron una disminución en la sintomatología postraumática y psicótica tras la primera sesión de EMDR principalmente.

De manera más específica, tras esa primera sesión para una experiencia traumática relacionada con abuso sexual infantil por parte de un familiar, se observó un mayor descenso de puntuación o mejoría en la gravedad de sintomatología postraumática medida con la CAPS, así como de la tensión y estrés subjetivo medidos mediante la IES-R.

La mejoría en la sintomatología psicótica se reflejó en una disminución de puntuaciones en la PANSS y BPRS tras la primera sesión de EMDR. Los resultados de la BPRS indicaron que habían sido las variables de culpa, hostilidad y ansiedad las que específicamente habían disminuido.

Los síntomas depresivos y ansiosos también reflejaron una disminución en sus puntuaciones tras la primera sesión de EMDR. No se obtuvieron medidas posteriores a la línea base para la sintomatología disociativa a través de PDS.

Tras la segunda sesión de EMDR relativa a otra experiencia traumática (experiencia de ingreso psiquiátrico involuntario, favorecido por su hermano con intermediación de la la fuerza policial), se dieron pequeños descensos en las puntuaciones, apareciendo un aumento en 6 puntos para la percepción de tensión y estrés subjetivo mediante la IES-R. No se tomaron medidas posteriores a esta sesión para la CDSS, CAPS, BPRS y PANSS.

En la fase de seguimiento tras los 6 meses, se observó una disminución en las puntuaciones de síntomas postraumáticos mediante la CAPS e IES-R y de ansiedad mediante la BAS. No se obtuvo una bajada para los síntomas depresivos mediante la CDSS pero sí una ligera disminución en el BDI.

Las medidas utilizadas, según el protocolo EMDR, tras la primera y segunda sesión, así como la de seguimiento, ofrecieron los mismos resultados en unidades subjetivas de perturbación (SUD). Estas medidas son valoradas en una escala del 1 al 10 siendo el 1 la percepción mínima de perturbación del elemento que se está desensibilizando y 7 la máxima perturbación percibida. Los resultados fueron de 10 tanto en la línea base como tras la primera sesión, bajando a 2 en el seguimiento, para las dos sesiones. Por su parte, las medidas de validez de la cognición positiva (VOC), que miden la valoración que la persona hace en términos de credibilidad de la creencia positiva instalada del 1 al 7 (siendo el 1 “totalmente falsa para la persona” y el 7 “completamente verdadera”) mostraron el paso de 1 tras la primera sesión a 7 para la segunda sesión y la de seguimiento.

## **DISCUSIÓN**

Esta revisión sistemática ha examinado la existencia de evidencia científica del abordaje del tratamiento EMDR en personas con sintomatología psicótica y traumática comórbida, así como la

suficiencia en número de estudios y calidad de las publicaciones que lo han demostrado en las variables resultado obtenidas.

El primer objetivo que se planteaba al inicio de esta revisión buscaba observar, identificar y describir cómo se ha abordado hasta la actualidad el trauma y qué intervenciones han destacado por su evidencia científica en población con comorbilidad de experiencias psicóticas y trauma psicológico, con o sin diagnóstico establecido.

Como respuesta a esta pregunta, se han encontrado estudios que reflejan el acúmulo, durante las últimas dos décadas, de publicaciones orientadas a demostrar la relación entre eventos traumáticos en el período de infancia y el consecuente desarrollo, entre la adolescencia y edad adulta, de sintomatología psicótica (Geekie y Read, 2012; Larkin y Morrison, 2006; Longden et al., 2012; Moskowitz et al., 2012; Read et al., 2005; Romme y Escher, 2012).

Autores más actuales como Morgan et al (2020), asumen esta relación anteriormente indicada y sugieren la existencia de evidencia sólida con respecto a la asociación entre las diversas formas de eventos adversos en la infancia y adolescencia y el incremento en la probabilidad del desarrollo de trastornos psicóticos en la adultez. Además estos autores se arriesgan un poco más, y sugieren la influencia de los tipos de adversidades experimentadas como determinantes de las formas de gravedad de la psicosis. Por ejemplo, destacan las experiencias que puedan implicar la percepción de amenaza, hostilidad o violencia, como influyentes en el incremento del riesgo a padecer psicosis.

Otros estudios hablan de elementos como la intención de dañar como variable que aumenta la capacidad predictiva del desarrollo de los síntomas psicóticos (van Nierop, Lataster et al., 2014). Estos autores, al igual que Morgan et al (2020), confirmaban que todas las formas de abuso y negligencia podían reunir una única categoría de vivencia de trauma.

Cabría preguntarse si todas las experiencias traumáticas compartirían el hecho de ser mantenidas en el tiempo, tal y como señalan García del Rey et al (2022), conllevando así un menoscabo en la red social de apoyo, lo que podría agravar la consecuente presentación psicótica. Por tanto, y de nuevo en boca de García del Rey y colaboradores (2022), sería razonable pensar que la probabilidad de aparición de sintomatología psicótica viniera determinada de la combinación de muchos factores, de entre los que destacan el efecto acumulativo de experiencias traumáticas, la intensidad y calidad interpersonal (intencionalidad, amenaza, hostilidad, violencia) de dichos eventos, la respuesta, tanto de la persona que lo vivencia como del entorno que le envuelve (validación de la experiencia, apoyo social) (Desir y Karatekin, 2021), así como la presencia de disfuncionalidad en el entorno familiar (Catalán et al., 2017; McMahon et al., 2017).

En estas citas, se puede comprobar cómo se han desarrollado algunas investigaciones orientadas a dar protagonismo a la comorbilidad entre malestar psicótico y postraumático, con el objetivo de encontrar las variables intervinientes y causales que pudieran explicar su existencia y preparación para su abordaje terapéutico. Sin embargo, con la realización de esta revisión sistemática, se

muestra la carente disponibilidad de publicaciones que vayan un paso más hacia delante, demostrando la evidencia científica de las intervenciones centradas en el trauma para esta población, concretamente mediante el EMDR.

Por ello, y dando respuesta al segundo objetivo de esta revisión sistemática, la búsqueda de estudios con suficiente evidencia científica con los que observar y comparar cuáles son los elementos que funcionan mejor en el abordaje del trauma en personas con psicosis, concluyendo si se debe al EMDR de manera específica o a la combinación con otro abordaje centrado en el trauma, ha mostrado pocos resultados significativos, siendo sólo la mitad de los estudios que cumplían con los criterios de elegibilidad los finalizados y completos, teniendo la otra mitad de los seleccionados en fases intermedias y no finalización.

A pesar de esto, para los seis estudios que han sido cribados, vemos cómo la mayoría presentan una línea de investigación similar, es decir, definiendo variables similares en las que medir los resultados y encontrando como objetivo común la necesidad de cubrir la sintomatología psicótica y postraumática que envuelve a esta población, así como teniendo en cuenta las variables subjetivas como determinantes cuando se trabaja con la historia biográfica de la persona. También se han encontrado algunas diferencias que resulta interesante destacar y ante las que pueden sacarse algunas conclusiones.

Los resultados ofrecidos por los tres artículos que fueron completados coinciden en una disminución de la sintomatología postraumática a favor del EMDR frente al tratamiento habitual o TAU (Sin et al., 2017). Esto también se refleja en los dos estudios restantes sin grupo control (Van den Berg & van der Gaag, 2012; Yaşar et al., 2018).

El único estudio de esta revisión que cuenta con una intervención centrada en el trauma distinta del EMDR (TCC-FT), como intervención del grupo control, no muestra efectos de superioridad para el EMDR pero tampoco de inferioridad, lo que quiere decir que no es menos eficaz que este.

Para la sintomatología psicótica, sin embargo, sólo uno de los tres estudios que ofrecen resultados muestra disminución significativa en síntomas delirantes (Van den Berg & van der Gaag, 2012), siendo en el de Yaşar et al (2018) en el que la disminución se da en síntomas asociados a la psicosis (culpa, hostilidad y ansiedad). Esto nos lleva a concluir que resulta insuficiente y poco representativa la demostración de la eficacia del EMDR en la reducción de síntomas psicóticos, concretamente los delirantes, puesto que no se han obtenido resultados en estos estudios para el resto de manifestaciones psicóticas.

Por tanto, y en relación al tercer objetivo que planteaba el comparar y evaluar la calidad de los estudios cribados para extraer los factores explicativos del abordaje del EMDR en esta población y observar si son suficientes como para extraer conclusiones a favor del mismo diríamos que, aun a pesar de ser un tema de interés científico en el momento actual, continúan siendo insuficientes los intentos de estudio, no logrando publicaciones completas ni con suficiente rigor científico en las que



sí están finalizadas. Por ello, aunque con pocos resultados significativos en lo que respecta al abordaje centrado en el trauma para esta población, continúan apostando por la coincidente idea de seguir investigando en esta línea. Ya lo confirmaban Buswell et al (2021) cuando afirmaba que, a pesar de la creciente ambición por proporcionar abordaje terapéutico para el trauma, durante esta última década, todavía no se han visto reducidos los resultados en las tasas de prevalencia de TEPT relacionado con la psicosis.

Contamos, por tanto, con muy poca evidencia científica publicada con respecto a este tema, y pobreza en la calidad de los estudios publicados. Concretamente, dentro de los tres artículos cribados completos, dos carecen de grupo control y muestran resultados asociados a la aplicación de sólo seis y dos sesiones de EMDR respectivamente. Sin embargo, a pesar de ser estudios en los que la intervención de EMDR ha sido desde protocolos breves y en ocasiones sin finalizar, se han obtenido resultados esperanzadores para esta población, es decir, nunca de inferioridad para el EMDR frente a otros centrados en el trauma y de superioridad frente al tratamiento habitual.

En relación a los protocolos del EMDR, esta revisión también ha reflejado algunas diferencias con respecto al uso y desarrollo del mismo, viendo que autores como Every- Palmer et al (2019) y Varese et al (2020) apuestan por la adaptación del protocolo estándar de 8 fases de Shapiro, especialmente en las primeras, relacionadas con la preparación, psicoeducación y evaluación del abordaje EMDR, justificado desde las necesidades que podrían demandar las personas con sintomatología psicótica. Además, Valiente- Gómez et al (2020) utilizan para su estudio el Protocolo, desarrollado por Elan Shapiro (2009) de Episodios Traumáticos Recientes (R-TEP), a partir del protocolo estándar de Shapiro (2001) para traumas recientes con medidas de contención y seguridad adicionales.

Por contra, Sin J, et al (2017); Yaşar et al (2018) y Van den Berg, D. & van der Gaag (2012), destacan de manera específica la no necesidad de adaptación del protocolo estándar de EMDR ni el uso de técnicas estabilizadoras previas para esta población en sus estudios.

Hasta el momento, no se ha podido comprobar si es necesaria dicha adaptación para esta población específica, no habiendo obtenido peores resultados para los estudios completados en los que se desarrolló el protocolo estándar sin modificaciones.

Cabría preguntarnos si, ante este cuestionamiento con respecto a la adaptación del protocolo y el trabajo en sí mismo con personas con diagnóstico psicótico, podría estar influyendo el estigma por parte de los propios profesionales con respecto al trabajo con esta población con el consecuente temor al empeoramiento del cuadro psicopatológico si se accede a la exploración de la historia vital con trauma. Esto podría incrementar la percepción de autoestigma en la población tratada pudiendo afectar en el modo en que procesa, vivencia e integra el trauma, ante lo que cabría esperar la función adaptativa de la sintomatología psicótica (alucinaciones, delirios ideación paranoide). Algunos autores, como Navarro Gómez y Trigueros Ramos (2021) han destacado a la psicosis como el trastorno más castigado por el estigma.

Será, por tanto, especialmente importante acceder a la historia vital de las personas atendidas, mediante preguntas muy cuidadosas sobre la historia de trauma y modo en que lo han vivido. Bloomfield et al (2021) añaden la importancia de examinar a los pacientes con psicosis en la detección de síntomas de posible disociación, desregulación emocional y sintomatología postraumática como variables con funciones mediadoras. García del Rey y colaboradores (2022) añaden además, como variables responsables de la relación entre trauma en la infancia y adolescencia y psicosis, las cognitivas, afectivas y estilos de apego.

En relación con ello, y desconociendo hasta qué punto influye el estigma en este aspecto, parece haber resultado importante para los autores de todos los estudios de esta revisión la especialización, experiencia y supervisión de EMDR en los profesionales sanitarios que han aplicado el protocolo EMDR, con el objetivo de ofrecer garantías de calidad y eficacia en los resultados que se extraigan. Autores recientes como Strelchuk et al (2020) mencionan como eficaz el explorar la historia vital de trauma de las personas con diagnóstico de trastorno psicótico, tanto para el incremento en la eficacia del tratamiento farmacológico, reducción de sintomatología como para mejorar la calidad de vida de las personas. Además, destacan que la prevalencia de TEPT en población con diagnóstico de esquizofrenia es mayor que en población general sin patología.

En esta línea y como respuesta al cuarto objetivo que incluye el planteamiento de observar, describir y enumerar las variables que han obtenido resultados positivos y significativos tras abordaje con EMDR en esta población, podríamos decir que en esta revisión sistemática se han producido resultados significativos, reflejados mediante disminución de la gravedad, en la sintomatología postraumática, síntomas psicóticos específicos (ideación delirante), síntomas asociados a los psicóticos (culpa, hostilidad, ansiedad y depresión) así como en la percepción subjetiva del malestar, con reducciones tanto en la tensión y estrés percibidos como en unidades subjetivas de perturbación (SUD) e incremento de la validez de la cognición positiva (VoC).

No se han mostrado resultados para los sentimientos de desesperanza, ideación paranoide y otras manifestaciones psicóticas.

Destacamos por tanto como implicaciones para la práctica clínica y líneas de investigación futuras que, teniendo en cuenta la creciente evidencia del abordaje psicoterapéutico con EMDR en personas con TEPT, y no tan explorada para otras patologías como es la psicosis, pero ante la que se han mostrado resultados no contradictorios y esperanzadores con resultados significativos en las variables anteriormente mencionadas, resulta alentador continuar investigando en este campo.

Para ello, se deberán tener en cuenta unos requisitos mínimos de calidad y rigurosidad metodológicos, aproximaciones conceptuales que se acerquen a esta complejidad no lineal y para la que resulta indispensable continuar con un trabajo centrado en la persona y su historia, poniendo como protagonista la percepción subjetiva de la persona que atendemos y, como no, la percepción y defensas que ello despierta en los profesionales por los que son atendidas. Será indispensable tener muy presente el trabajo desde el vínculo terapéutico, asumiendo las heridas de apego con las que

acuden las personas dañadas por episodios traumáticos que en muchas ocasiones tienen que ver con el daño o amenaza por parte de otros, siendo conscientes de lo que eso puede influir en la desconfianza y suspicacia hacia los profesionales y el mundo en general.

Con esto, y contemplando de nuevo el EMDR como posible mejor abordaje terapéutico centrado en el trauma por el que sigue mereciendo la pena apostar, destacaremos la importancia de la especialización por parte de los profesionales, el trabajo interventivo llevado a término con fases de seguimiento de obligado cumplimiento, así como muestras representativas que puedan ampliar el campo de referencia para este tipo de abordaje en esta población específica. Además de continuar con el trabajo antiestigma, tanto en la sociedad en general como en los clínicos que trabajan directamente con esta población.

Ya apuntaban Read et al. (2005) la necesidad de incluir de manera sistemática las experiencias traumáticas en la evaluación de las personas con psicosis. Entendiendo además, la sintomatología psicótica como fenómenos enraizados a la biografía personal, esto es, con un sentido y función idiosincrasia (Colina, 2001; Geekie y Read, 2012; Corstens y Longden, 2013; Romme y Escher, 2012).

En relación a esto, y como parte de lo característico para futuras líneas de investigación, algunos autores coinciden en que continúa siendo indispensable la reconceptualización de la sintomatología psicótica, por su carente especificidad diagnóstica al estar en un continuum entre el funcionamiento normal y la disociación.

Por último, y como parte del horizonte hacia el que se dirijan las futuras intervenciones clínicas, debemos seguir enfatizando el uso de evaluaciones centradas en la biografía y orientadas al trauma, así como abordajes psicoterapéuticos favorecedores de la integración de los acontecimientos vitales que actúan como precipitantes y/o mantenedores de las experiencias psicóticas, contando con autores que ya han comenzado a demostrar el efecto de los abordajes centrados en el trauma (Clarke et al., 2022; De Bont et al. 2016; Keen et al., 2017) y la disociación (Varese et al., 2021).

El hecho de que el EMDR, frente a otros abordajes centrados en el trauma, se centre en los recuerdos de memorias traumáticas no sólo para favorecer la exposición a los mismos, sino también el reprocesamiento de dicho contenido con el objetivo de reintegrar la información traumática a través de autovaloraciones más sintónicas con sensaciones agradables, hace que, entre otros motivos, se ponga en valor la importancia de apostar por este abordaje frente a otros. Como señalan Bloomfield et al (2021), comprender los procesos psicológicos implicados en la asociación entre trauma psicológico y psicosis es crucial para el desarrollo de intervenciones preventivas y mejores tratamientos, porque además, desconocemos cómo el trauma de desarrollo induce la vulnerabilidad a sintomatología psicótica.

Uno de los aspectos que podría beneficiar la orientación hacia abordajes exitosos centrados en la historia biográfica, podría ser, tal y como se indicaba en la introducción, la reconceptualización de los

diagnósticos, tanto psicóticos como de trauma, en los manuales diagnósticos de los que dispone la comunidad científica, pudiendo partir de sistemas teóricos más claros, menos ambiguos, favoreciendo esto en los procesos de evaluación, más allá de los conceptos biomédicos, mejorando así la prevención e intervención temprana en psicosis (Ibáñez Rojo, 2019).

Concretamente para el término del trauma, el DSM-5 habla de la necesidad de estar expuesto a "muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual" (DSM-5; APA, 2013), con esta definición, y a pesar de ser más precisa que en las anteriores versiones, podría estar excluyendo a parte de la población con otras sensibilidades al estrés ante eventos vitales negativos que pudieran ser percibidos como traumáticos (Vallath et al., 2019). Además, esto podría limitar el acceso a la atención clínica a muchas personas con experiencias traumáticas "pequeñas", como indica Shapiro (2002).

## REFERENCIAS

- Adams, R., Ohlsen, S., & Wood, E. (2020). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1711349.
- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia bulletin*, 37(4), 811-821.
- Alsina, I. B. (2019). De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 4(1), 5-32.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3rd Edition)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edn. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Editorial Médica Panamericana
- Baca Balodmero, E. (2007). Lo psicótico. Historia conceptual de la psicosis. En: Roca Bennasar, M. (Coord.). *Trastornos psicóticos*. Madrid, España: Ars Médica. Pp. 3-21.
- Beer, M. D. (1996). Psychosis: a history of the concept. *Comprehensive psychiatry*, 37(4), 273-291.
- Bebbington, P., Jonas, S., Kuipers, E., King, M., Cooper, C., Brugha, T., ... & Jenkins, R. (2011). Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 29-37.
- Bentall, R. P., Wickham, S., Shevlin, M., & Varese, F. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 734-740.
- Bergen SE, O'Dushlaine CT, Lee PH, et al. Genetic modifiers and subtypes in schizophrenia: investigations of age at onset, severity, sex and family history. *Schizophr Res*. 2014;154:48-53.
- Bisson, J. I. (2007). Post-traumatic stress disorder. *Bmj*, 334(7597), 789-793.

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews*, (3).

Bloomfield, M. A., Chang, T., Woodl, M. J., Lyons, L. M., Cheng, Z., Bauer-Staeb, C., ... & Lewis, G. (2021). Psychological processes mediating the association between developmental trauma and specific psychotic symptoms in adults: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(1), 107-123.

Buswell, G., Haime, Z., Lloyd-Evans, B., & Billings, J. (2021). A systematic review of PTSD to the experience of psychosis: prevalence and associated factors. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-13.

Bradley, R. Greene, j<sup>^</sup>, Russ, E, Dutra, L., & Westen, D.(2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American journal of Psychiatry*, 162, 214-227.

Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210.

Brunet, K., Birchwood, M., Upthegrove, R., Michail, M., & Ross, K. (2012). A prospective study of PTSD following recovery from first-episode psychosis: The threat from persecutors, voices, and patienthood. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(4), 418-433.

Bunge, M. A., & Borgoñoz, A. L. (2010). *Las pseudociencias; vaya timo!*. Laetoli.

Burger, S. R., van der Linden, T., Hardy, A., de Bont, P., van der Vleugel, B., Staring, A. B., ... & van den Berg, D. (2022). Trauma-focused therapies for post-traumatic stress in psychosis: study protocol for the RE. PROCESS randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 1-13.

Callcott, P., Standart, S., & Turkington, D. (2004). Trauma within psychosis: Using a CBT model for PTSD in psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(2), 239-244.

Calvert, C., Larkin, W., & Jellicoe-Jones, L. (2008). An exploration of the links between trauma and delusional ideation in secure services. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 589-604.

Cedillo Armijos, M. de L. ., Viñanzaca López, J. P., Espinosa Valdivieso, M. J., Gómez Espinoza, R. E. ., Mena Ávila, C. G. ., Galarza Villavicencio, E. I. ., Martínez-Suárez, P. C. ., & Ramirez Coronel, A. A. (2021). Eye Movement Desensitization and Reprocessing desde la Propuesta de Valoración de Mario Bunge. *INVESTIGATIO*, (16), 22–41. <https://doi.org/10.31095/investigatio.2021.16.3>

CIE, W. (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Trastornos del Comportamiento alimentario. Undécima revisión [Internet]. *World Health Organization*.

Chemtob, C. M., Tolin, D. F., van der Kolk, B. A., & Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing.

Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 25097.

de Bont, P. A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behavior therapy*, 44(4), 717-730. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.07.00>

de Bont, P. A., Van Der Vleugel, B. M., van den Berg, D. P., De Roos, C., Lokkerbol, J., Smit, F., ... & van Minnen, A. (2019). Health-economic benefits of treating trauma in psychosis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1565032.

del Rey, M. G., Martín, L. M., García, F. A., López, F. J. C., & López, F. R. (2022). Trauma infantil y psicosis: una revisión narrativa. *Psychology*, Artículo-e2.

De Bont, P. A. J. M., Van Den Berg, D. P. G., Van Der Vleugel, B. M., de Roos, C. J. A. M., De Jongh, A., Van Der Gaag, M., & Van Minnen, A. M. (2016). Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychological medicine*, 46(11), 2411-2421.

de Bont, P. A., van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., Mulder, C. L., Becker, E. S., ... & van Minnen, A. (2013). A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post traumatic stress disorder: study protocol for the randomized controlled trial Treating Trauma in Psychosis. *Trials*, 14(1), 1-19.

de Bont, P. A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behavior therapy*, 44(4), 717-730.

Derks, E. M., Allardyce, J., Boks, M. P., Vermunt, J. K., Hijman, R., Ophoff, R. A., & Group. (2012). Kraepelin was right: a latent class analysis of symptom dimensions in patients and controls. *Schizophrenia bulletin*, 38(3), 495-505.

Every-Palmer, S., Flewett, T., Dean, S., Hansby, O., Colman, A., Weatherall, M., & Bell, E. (2019). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy for posttraumatic stress disorder in adults with serious mental illness within forensic and rehabilitation services: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *20*, 1-14.

Foa, E.B., Keane, T.M., y Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies*. New York: Guilford.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). The Guilford Press.

Frangou, S. (2014). A systems neuroscience perspective of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia bulletin*, *40*(3), 523-531.

Frans, Ö., Rimmö, P. A., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(4), 291-290.

Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and anxiety*, *28*(9), 750-769.

Frost, R., Louison Vang, M., Karatzias, T., Hyland, P., & Shevlin, M. (2019). The distribution of psychosis, ICD-11 PTSD and complex PTSD symptoms among a trauma-exposed UK general population sample. *Psychosis*, *11*(3), 187-198.

Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Cusack, K. J., Kimble, M. O., Elhai, J. D., & Knapp, R. G. (2009). Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: a pilot study. *Journal of anxiety disorders*, *23*(5), 665-675.

Gaebel, W. (2012). Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophrenia bulletin*, *38*(5), 895-898.

Gómez, N. N., & Ramos, R. T. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, *11*(2), 253-266.

Granier, C., & Brunel, L. (2022). Remission of schizophrenia after an EMDR session. *European Journal of Psychotraumatology*, *13*(1), 2014660.



Grubaugh, A. L., Brown, W. J., Wojtalik, J. A., Myers, U. S., & Eack, S. M. (2021). Meta-analysis of the treatment of posttraumatic stress disorder in adults with comorbid severe mental illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *82*(3), 33795.

Grubaugh, A. L., Zinzow, H. M., Paul, L., Egede, L. E., & Frueh, B. C. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clinical psychology review*, *31*(6), 883-899.

Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., ... & Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia research*, *150*(1), 11-14.

Herbert, J. D., Lilienfeld, S. O., Lohr, J. M., Montgomery, R. W., T O'Donohue, W., Rosen, G. M., & Tolin, D. F. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, *20*(8), 945-971.

Hertlein, K. M., & Ricci, R. J. (2004). A systematic research synthesis of EMDR studies: Implementation of the platinum standard. *Trauma, Violence, & Abuse*, *5*(3), 285-300.

Ibáñez Rojo, V. (2019). Aproximación crítica a la prevención e intervención temprana en psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *39*(135), 215-240.

Jackson, C., Trower, P., Reid, I., Smith, J., Hall, M., Townend, M., ... & Birchwood, M. (2009). Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: a randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(6), 454-462.

Jolley, S., Thompson, C., Hurley, J., Medin, E., Butler, L., Bebbington, P., ... & Garety, P. (2014). Jumping to the wrong conclusions? An investigation of the mechanisms of reasoning errors in delusions. *Psychiatry Research*, *219*(2), 275-282.

Lau, C. I., Wang, H. C., Hsu, J. L., & Liu, M. E. (2013). Does the dopamine hypothesis explain schizophrenia?. *Reviews in the Neurosciences*, *24*(4), 389-400.

Levy Yeyati, E. (2013). Alcances, límites y perspectivas del diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático [Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina].

Lothian, J., & Read, J. (2002). Asking about abuse during mental health assessments: Clients' views and experiences. *New Zealand Journal of Psychology*, *31*(2), 98–103.

- Lu, W., Fite, R., Kim, E., Hyer, L., Yanos, P. T., Mueser, K. T., & Rosenberg, S. D. (2009). Cognitive-behavioral treatment of PTSD in severe mental illness: pilot study replication in an ethnically diverse population. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(1), 73-91.
- Lu, W., Yanos, P. T., Gottlieb, J. D., Duva, S. M., Silverstein, S. M., Xie, H., ... & Mueser, K. T. (2012). Use of fidelity assessments to train clinicians in the CBT for PTSD program for clients with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 63(8), 785-792.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., & LaRocco, V. A. (2007). Clinical & psychosocial significance of trauma history in the treatment of schizophrenia. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*.
- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R., & Carr, V. J. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: A systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 225–238.
- Mauritz, M. W., Van Gaal, B. G., Jongedijk, R. A., Schoonhoven, L., Nijhuis-van der Sanden, M. W., & Goossens, P. J. (2016). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder associated with repeated interpersonal trauma in patients with severe mental illness: a mixed methods design. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 32473.
- Maxfield, L., & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of clinical psychology*, 58(1), 23-41.
- Morgan, C., Gayer-Anderson, C., Beards, S., Hubbard, K., Mondelli, V., Di Forti, M., ... & Fisher, H. L. (2020). Threat, hostility and violence in childhood and later psychotic disorder: population-based case–control study. *The British Journal of Psychiatry*, 217(4), 575-582.
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331-353.
- Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., Xie, H., Lu, W., Yanos, P. T., Rosenberg, S. D., ... & McHugo, G. J. (2015). Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 501-508.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., & Trumbetta, S. L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia research*, 53(1-2), 123-143.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, M. K., Bolton, E. E., Lu, W., ... & Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 259.

Myin-Germeys, I., Birchwood, M., & Kwapil, T. (2011). From environment to therapy in psychosis: a real-world momentary assessment approach. *Schizophrenia bulletin*, 37(2), 244-247.

Navarro, P. N., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., ... & Amann, B. L. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 11(2), 101-114.

Oher, F. J., Demjaha, A., Jackson, D., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., ... & Kirkbride, J. B. (2014). The effect of the environment on symptom dimensions in the first episode of psychosis: a multilevel study. *Psychological Medicine*, 44(11), 2419-2430.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). Clasificación Internacional Estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud (11 ed.). Organización Mundial de la Salud.

Pagani, M., Högberg, G., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2015). Correlatos de la terapia EMDR en la neuroimagen funcional y estructural: Un resumen crítico de los hallazgos recientes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(2), 58E-68E.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88, 105906.

Peach, N., Alvarez-Jimenez, M., Cropper, S. J., Sun, P., & Bendall, S. (2019). Testing models of post-traumatic intrusions, trauma-related beliefs, hallucinations, and delusions in a first episode psychosis sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 154-172.

Peach, N., Alvarez-Jimenez, M., Cropper, S. J., Sun, P., Halpin, E., O'Connell, J., & Bendall, S. (2021). Trauma and the content of hallucinations and post-traumatic intrusions in first-episode psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 223-241.

Preti, A., Cella, M., & Raballo, A. (2011). How psychotic-like are unusual subjective experiences?. *Psychological medicine*, 41(10), 2235-2236.

Pishva E, Kenis G, van den Hove D, et al. The epigenome and postnatal environmental influences in psychotic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:337-348.

Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.

Shapiro, E. (2009). EMDR treatment of recent trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 141-151.

Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2006). New notes on adaptive information processing. Hamden, CT: EMDR Humanitarian Assistance Programs.

Shapiro, F. (2007). EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective. *Handbook of EMDR and family therapy processes*, 1-34.

Shapiro, F., Kaslow, F. W., & Maxfield, L. (Eds.). (2007). *Handbook of EMDR and family therapy processes*. Wiley.

Sin, J., Spain, D., Furuta, M., Murrells, T., & Norman, I. (2017). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2014). EMDR y el Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información Mecanismos potenciales del cambio. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(3), 96E-107E.

Strelchuk, D., Wiles, N., Turner, K. M., Derrick, C., & Zammit, S. (2020). Feasibility study of eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in people with an at-risk mental state (ARMS) for psychosis: study protocol. *BMJ open*, 10(10), e038620.

Freud, S., & Breuer, J. (1885/1948). Estudios sobre la histeria. In Obras completas de Sigmund Freud (Vol. I, Cap. II). (M. López-Ballesteros, Trans.). Madrid, Spain: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1885)

Valiente-Gómez, A., Pujol, N., Moreno-Alcázar, A., Radua, J., Monteagudo-Gimeno, E., Gardoki-Souto, I., ... & FEP-EMDR Research Group. (2020). A Multicenter Phase II RCT to Compare

the Effectiveness of EMDR Versus TAU in Patients With a First-Episode Psychosis and Psychological Trauma: A Protocol Design. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1023.

Vallath, S., Ravikanth, L., Regeer, B., Borba, P. C., Henderson, D. C., & Scholte, W. F. (2020). Traumatic loss and psychosis—reconceptualising the role of trauma in psychosis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1725322.

Valle, R. (2020). Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 13(2), 95-104.

van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(3), 259-267.

van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., De Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2016). Trauma-focused treatment in PTSD patients with psychosis: symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophrenia bulletin*, 42(3), 693-702.

van den Berg, D., De Bont, P. A., Van Der Vleugel, B. M., De Roos, C., De Jongh, A., Van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2018). Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 212(3), 180-182.

van den Berg, D. P., & van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(1), 664-671.

van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Bont, P. A., Staring, A. B., Kraan, T., Ising, H., ... & van der Gaag, M. (2016). Predicting trauma-focused treatment outcome in psychosis. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 239-244.

Van Der Vleugel, B. M., Van Den Berg, D. P., & Staring, A. B. (2012). Trauma, psychosis, post-traumatic stress disorder and the application of EMDR. *Rivista di Psichiatria*, 47(2), 33-38.

van Minnen, A., van der Vleugel, B. M., van den Berg, D. P., De Bont, P. A. J. M., de Roos, C., van der Gaag, M., & De Jongh, A. (2016). Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 347-348.

Van Os, J., Lataster, T., Delespaul, P., Wichers, M., & Myin-Germeys, I. (2014). Evidence that a psychopathology interactome has diagnostic value, predicting clinical needs: an experience sampling study. *PLoS One*, *9*(1), e86652.

Varese, F., Sellwood, W., Aseem, S., Awenat, Y., Bird, L., Bhutani, G., ... & Bentall, R. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing therapy for psychosis (EMDRp): Protocol of a feasibility randomized controlled trial with early intervention service users. *Early Intervention in Psychiatry*, *15*(5), 1224-1233.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, *38*(4), 661-671.

Wigman, J. T., Collip, D., Wichers, M., Delespaul, P., Derom, C., Thiery, E., ... & van Os, J. (2013). Altered transfer of momentary mental states (ATOMS) as the basic unit of psychosis liability in interaction with environment and emotions. *PLoS One*, *8*(2), e54653.

Woodward, T. S., Jung, K., Smith, G. N., Hwang, H., Barr, A. M., Procyshyn, R. M., ... & Honer, W. G. (2014). Symptom changes in five dimensions of the Positive and Negative Syndrome Scale in refractory psychosis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *264*, 673-682.

Yasar, A., Kiraz, S., Usta, D., Abamor, A., Zengin Eroglu, M., & KAVAKCI, Ö. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on a patient with schizophrenia and clinical effects: a case study. *Turk Psikiyatri Dergisi*, *29*(2).

## ANEXOS

### Anexo 1.

*Tabla de cuestionarios utilizados en los diferentes estudios*

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
Sintomatología postraumática		
Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático administrada por el Clínico /Clinician- Administered PTSD Scale (CAPS)	Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., ... & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. <i>Psychological assessment</i> , 30(3), 383.	Entrevista diagnóstica estructurada que evalúa el estado diagnóstico y la gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Ha sido reconocida como un criterio de medida de referencia del TEPT. Revisada recientemente para que correspondiera con los criterios de TEPT del DSM-5.
Escala de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático Autoinformada (PSS-SR)	Wohlfarth, T. D., van den Brink, W., Winkel, F. W., & ter Smitten, M. (2003). Screening for Posttraumatic Stress Disorder: an evaluation of two self-report scales among crime victims. <i>Psychological assessment</i> , 15(1), 101.	Escala que evalúa la gravedad autoinformada de los síntomas TEPT. Consta de 17 ítems correspondientes a los criterios del DSM- IV- TR del TEPT puntuados con una escala Likert de 3 puntos. De este modo se obtiene una puntuación total que mide la gravedad de los síntomas (rango 0-51), así como puntuaciones de gravedad separadas para la reexperimentación (rango 0-15), la evitación (rango 0-21) y la excitación (rango 0-15). También se administra en T0, T1 y T2, así como antes de

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
		cada sesión de tratamiento, para evaluar los cambios en los síntomas de TEPT durante el tratamiento.
Cuestionario de acontecimientos adversos (AEQ)	Every-Palmer, S., Flewett, T., Dean, S., Hansby, O., Colman, A., Weatherall, M., & Bell, E. (2019). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy for posttraumatic stress disorder in adults with serious mental illness within forensic and rehabilitation services: a study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> , 20, 1-14.	Cuestionario con ítems que pretenden establecer la seguridad del tratamiento. Se explora, mediante 10 preguntas, cualquier experiencia que la persona haya tenido en los últimos dos meses de autolesión, intento de suicidio, daño deliberado a otra persona, consumo excesivo de alcohol, consumo excesivo de drogas, haber necesitado ayuda a causa de una crisis, volver a un nivel de seguridad superior dentro de los servicios o cualquier reincidencia.
Escala de Aceptabilidad y Adherencia al Tratamiento (TAA)	Milosevic, I., Levy, H. C., Alcolado, G. M., & Radomsky, A. S. (2015). The treatment acceptability/adherence scale: moving beyond the assessment of treatment effectiveness. <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> , 44(6), 456-469.	Escala desarrollada para evaluar la aceptabilidad de los tratamientos de TCC para los trastornos de ansiedad.
Inventario de cogniciones posttraumáticas - Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)	Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. <i>Psychological assessment</i> , 11(3), 303.	Inventario de autoinforme que evalúa el nivel de pensamientos negativos de un individuo en relación a un trauma específico.



Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
Trauma Symptom Inventory-second edition (TSI-2)	Briere, J. (2011). Trauma symptom inventory-2: Professional manual. PAR.	Escala autoinformada, evalúa síntomas postraumáticos que pueden surgir de la traumatización aguda, temprana y crónica. 136 ítem que evalúan: excitación ansiosa, depresión, ira, experiencias intrusivas, evitación defensiva, disociación, alteración sexual, alteración de la autorreferencia, conducta de reducción de la tensión, preocupación somática, suicidalidad e inseguridad del apego. Los factores se agrupan en cuatro escalas de resumen adicionales: autoperturbación, estrés postraumático, externalización y somatización.
Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ)	Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry (1994) 151:1132–6. doi: 10.1176/ajp.151.8.1132	Escala autoadministrada que mide el abuso y negligencia en la infancia a través de 28 ítems divididos en cinco subescalas puntuadas mediante escala Likert de 5 puntos: abuso emocional, físico, sexual, negligencia emocional y física- La puntuación de cada subescala clasifica la gravedad del abuso y la negligencia como: "ninguno a mínimo", "bajo a moderado", "moderado a grave" y "grave a extrema".
Cuestionario de Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP-5)	Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. Dissociation: progress in the dissociative disorders.	Escala de 55 ítems, basada en criterios del actual DSM-5 y aplicada por el clínico para determinar el diagnóstico de TEPT.

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
		Consta de tres secciones: acontecimientos, síntomas y funcionamiento.
Inventario de Estrés Vital de Holmes-Rahe	Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of psychosomatic research.	Inventario que determina los acontecimientos vitales estresantes experimentados por el paciente en los últimos 12 meses. Puntuaciones inferiores a 150 puntos reflejan niveles bajos de estrés; entre 150 y 299 representan un riesgo del 50% de padecer una enfermedad relacionada con el estrés en un futuro próximo; y las puntuaciones superiores a 300 representan un riesgo del 80%.
Escala de Impacto de Sucesos - Revisada / Stress Impact Scale-Revised (IES-R)	Weiss, D. S. (2007). The impact of event scale: revised. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD, 219-238.	Escala autoinformada que determina el nivel de angustia subjetiva durante la última semana en relación con un acontecimiento vital estresante en específico. 22 ítems correspondientes a los síntomas del TEPT en DSM- IV. Escala Likert de 5 puntos de 0 a 4, lo que da una puntuación total que oscila entre 0 y 88, con subescalas de intrusión, evitación e hiperactivación. Las puntuaciones más altas representan una mayor angustia subjetiva.

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
The Trauma Screening Questionnaire (TSQ)	de Bont, P. A., van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. (2015). Predictive validity of the Trauma Screening Questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 206(5), 408-416.	Cuestionario breve utilizado para detectar la exposición al trauma y los síntomas de estrés postraumático.
The Trauma and Life Events checklist (TALE)	Carr, S., Hardy, A., & Fornells-Ambrojo, M. (2018). The Trauma and Life Events (TALE) checklist: development of a tool for improving routine screening in people with psychosis. <i>European journal of psychotraumatology</i> , 9(1), 1512265.	Instrumento de medida diseñado para evaluar la exposición a experiencias vitales adversas y traumáticas que suelen declarar las personas con psicosis.
The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)	Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. <i>Journal of traumatic stress</i> , 28(6), 489-498.	Cuestionario de autoinforme que evalúa la presencia y la gravedad de los síntomas postraumáticos basado en los criterios de DSM-5.
International Trauma Questionnaire (ITQ)	Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 138(6), 536-546.	Cuestionario breve que evalúa la gravedad de los síntomas del TEPT y del TEPT complejo, tal como se definen en la CIE- 11.

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
Sintomatología disociativa		
Escala de Experiencias Disociativas (DES), validación española	Icarán, E., Colom, R., & Garcia, F. O. (1996). Experiencias disociativas: una escala de medida. Anuario de psicología/The UB Journal of psychology, 69-84.	Escala de autoinforme, validada en España, con 28 ítems que miden la frecuencia con la que un individuo experimenta una serie de experiencias disociativas, de normales a patológicas. Una puntuación total superior a 30 indica altos niveles de disociación.  Una puntuación media global oscila entre 0 y 100, y existen subescalas de amnesia, disociación y despersonalización.
The Dissociative experiences Scale (DES- II)	Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (2000). The dissociative experiences scale (DES-II). Psychoanalytic Inquiry, 20(2), 361-366.	Escala autoadministrada de 28 ítems con formato multi-elección de 11 puntos que representan decenas en porcentajes, de 0% a 100%. Permite evaluar a los clínicos, de forma rápida, los diferentes tipos de sintomatología disociativa y la frecuencia con que estos aparecen en cada paciente. La puntuación total se obtiene sumando todos los porcentajes seleccionados y dividiendo el resultado entre 28.

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
Cuestionario de Experiencias Disociativas (SDQ-20)	Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van Der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20),. <i>Journal of Nervous and Mental Disease</i> .	Escala de autoinforme de 20 ítems utilizada para medir la disociación somatomorfa. Cada ítem se refiere a un síntoma físico y se puntúa de 1 a 5 en una escala Likert de 5 puntos, que va desde "1 = esto no se aplica a mí en absoluto" a "5 = esto se aplica a mí extremadamente", y luego se pregunta al paciente si existe una causa física conocida. Las puntuaciones totales van de 20 a 100. Las puntuaciones más altas reflejan mayores niveles de disociación somatomorfa.
Escala de disociación peritraumática (PDS)	Marshall, G. N., Orlando, M., Jaycox, L. H., Foy, D. W., & Belzberg, H. (2002). Development and validation of a modified version of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. <i>Psychological assessment</i> ,14(2), 123.	Escala que mide, de manera retrospectiva, la sintomatología disociativa durante el proceso de trauma.
Sintomatología depresiva		
Inventario de Depresión de Beck-segunda edición (BDI-II)	Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. <i>Psychological assessment</i> .	Inventario de 21 ítems , valorados de 0 a 3, que reflejan síntomas cognitivos, afectivos y conductuales de depresión. Las puntuaciones más elevadas reflejan sintomatología más depresiva. Se reconoce su buena consistencia interna, fiabilidad en la repetición de la prueba y validez.

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
Escala de valoración de la manía de los jóvenes (YMRS)	Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. <i>The British journal of psychiatry</i> , 133(5), 429-435.	Escala validada en España aplicada por el clínico y que consta de 11 ítems que cuantifican la gravedad de los síntomas maníacos e hipomaníacos. Se califican en una escala de 0 a 8 (irritabilidad, habla, contenido del pensamiento y comportamiento perturbador/agresivo). La interpretación de las puntuaciones es: ≤12 indica remisión; 13-19 indica síntomas mínimos; 20- 25 indica manía leve, 26-37 indica manía moderada y 38-60 indica manía grave.
The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. <i>Journal of general internal medicine</i> , 16(9), 606-613.	Cuestionario breve y ampliamente utilizado para evaluar los síntomas de la depresión.
Escala de depresión de Calgary para la esquizofrenia / Calgary Depression Scale (CDSS)	Aydemir O, Esen Danacı A, Akbay Pırıldar S et al (2000) Sensitivity and Specificity of the Turkish Version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia. <i>Archives of Neuropsychiatry</i> 37(4):210-213.	Escala administrada por el clínico que mide los síntomas depresivos, en personas con esquizofrenia, tanto en primeros episodios como en fases de estabilización. Consta de 9 ítems medidos en escala Likert de 0 a 3, pudiendo obtener una puntuación total de entre 0 y 27 puntos. La puntuación entre 0 y 5 mostraría ausencia de depresión y entre 6 y 27 depresión.
Sintomatología ansiosa		
Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized	Cuestionario breve y ampliamente utilizado para evaluar los síntomas de ansiedad.

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
	anxiety disorder: the GAD-7. Archives of internal medicine, 166(10), 1092-1097.	
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. Autoinforme que mide la gravedad de la sintomatología (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: ansiosa en pacientes psiquiátricos mediante 21 ítems. A psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology, 56(6), 893.	mayor puntuación en sus resultados mayor gravedad en la sintomatología.
Discapacidad		
El Programa de Evaluación de la Discapacidad 2.0 de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0)	Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., ... & Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization assessment schedule 2.0. Bulletin of the World Health Organization, 88, 815-823.	Cuestionario autoinformado que evalúa las limitaciones y la discapacidad de las personas en seis ámbitos: cognición; movilidad; autocuidado; relación con los demás; actividades vitales, subdivididas en actividades domésticas y actividades laborales/escolares; y participación en la sociedad. Versión de 12 ítems. Los encuestados califican el nivel de dificultad experimentado en el mes anterior en una escala de 5 puntos desde "ninguna" hasta "extrema o no puedo hacer".
Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (EEAG)	García, J. B., Portilla, M. P. G., Fernández, M. T. B., Martínez, P. A. S., & García, M. B. (2004). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Ars Médica.	Versión de validación en español de la GAF, definida como una medida breve de la alteración psicológica global, proporcionando una puntuación global que oscila entre 0 y 100. A menor puntuación peor valoración del estado funcional general.
Sintomatología psicótica		

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
The Psychotic Symptoms Rating Scales (PSYRATS)	Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). <i>Psychological medicine</i> , 29(4), 879-889.	Escala que mide la gravedad de la sintomatología psicótica, concretamente de los delirios y las alucinaciones. Se utiliza habitualmente en estudios de investigación y entornos clínicos centrados en personas con enfermedades psicóticas.
Subescala de PSYRATS: Escala de calificación del delirio (DRS)	Consta de 6 ítems.	
Subescala de PSYRATS: Escala de calificación de alucinaciones auditivas (AHRS)	Consta de 11 ítems.	
Escala de síntomas positivos y negativos/Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. <i>Schizophrenia bulletin</i> , 13(2), 261-276.	Escala administrada por el clínico que mide los síntomas patológicos positivos, negativos y depresivos en una batería de 30 ítems puntuados mediante escala de 1 a 7 en función de la gravedad del síntoma.
Green Paranoid Thoughts Scale (GPTS)	Green, C. E. L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., & Garety, P. A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: the Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). <i>Psychological medicine</i> , 38(1), 101-111.	Escala de autoinforme multidimensional que mide los pensamientos paranoides. Consta de 32 afirmaciones sobre experiencias durante el último mes, concretamente sobre ideas de persecución e ideas de referencia. Los ítems son puntuados en una escala Likert de 1 (nada) a 5 (totalmente), indicando mayores niveles de paranoia cuanto más alta sea la puntuación.



Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
The Voices Impact Scale (VIS)	Strauss, C. (n.d.). Voices Impact Scale (VIS): A test of the psychometric properties of a new outcome measure of psychological interventions targeting voices. Bridgton, UK: University of Sussex.	Cuestionario que evalúa una serie de consecuencias positivas y negativas de las voces, alucinaciones verbales auditivas, en diversos ámbitos.
The Questionnaire about the Process of recovery (QPR)	Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. P. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): a measurement tool developed in collaboration with service users. <i>Psychosis</i> , 1(2), 145-155.	Cuestionario que mide la recuperación subjetiva de la psicosis percibida por el usuario del servicio.
Escala breve de calificación psiquiátrica (BPRS)	Overall, J. E., & Beller, S. A. (1984). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) in geropsychiatric research: I. Factor structure on an inpatient unit. <i>Journal of Gerontology</i> , 39(2), 187-193.	Escala que mide sintomatología psicótica y depresiva en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Las puntuaciones varían entre 0 y 30, contando con 16 ítems.
<b>Desesperanza</b>		
Escala de desesperanza de Beck (BHS)	Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> , 42(6), 861.	Escala autoinformada, mide la sintomatología de desesperanza con 20 afirmaciones sobre el futuro. Los ítems se puntúan como verdadero o falso. Una puntuación más alta indica un mayor grado de desesperanza.

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
Funcionamiento social		
The Social Functioning Scale / Escala de Funcionamiento Social (SFS)	Birchwood, M., Smith, J. O., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. O. N. J. A. (1990). The social functioning scale the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 157(6), 853-859.	Escala de 79 ítems y siete áreas de funcionamiento (compromiso/retiro social; comunicación interpersonal; actividades prosociales; ocio; independencia-competencia; independencia-desempeño; empleo/ocupación), puntuaciones estándar para cada subescala, y una puntuación estándar media de "funcionamiento global". Se han demostrado como sólidas sus propiedades psicométricas, y es una de las escalas de funcionamiento social más utilizadas en la investigación de la enfermedad mental grave.
Módulo de suicidio de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)	Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. <i>Journal of clinical psychiatry</i> , 59(20), 22-33.	Se trata de una breve entrevista diagnóstica diagnóstica, validada en España, que evalúa el riesgo de suicidio.

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
The Personal and Social Performance Scale (PSP)	Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L. A., Ugolini, S., & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 101(4), 323-329.	Escala que evalúa el funcionamiento de los pacientes en cuatro áreas (actividades socialmente útiles, relaciones personales y sociales, autocuidado y conductas perturbadoras/agresivas).
Autoestima		
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)	Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). <i>Acceptance and commitment therapy. Measures package</i> , 61(52), 18.	Escala de 10 ítems con respuesta tipo Likert de 4 puntos (Totalmente en desacuerdo- totalmente de acuerdo) produciendo un total que oscila entre 0 y 30. Se considera que las puntuaciones inferiores a 15 reflejan una baja autoestima. Ha demostrado una validez, fiabilidad y efectos suelo y techo satisfactorios.
Escala abreviada de calificación de autoestima (SERS-SF)	Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. <i>Psychiatry research</i> , 143(1), 99-108.	Escala de autoinforme que mide autoestima en personas con esquizofrenia. Consta de dos subescalas, autoestima positiva y negativa. La puntuación total se calcula mediante la diferencia entre la puntuación en autoestima negativa menos la positiva.
Calidad de vida, insight cognitivo, adherencia al tratamiento		

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
EQ-5D- 5L, desarrollado por el grupo EuroQol (The EuroQol- 5- Dimension 5'Level measure)	Janssen, M. F., Pickard, A. S., Golicki, D., Gudex, C., Niewada, M., Scalone, L., ... & Busschbach, J. (2013). Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. <i>Quality of life research</i> , 22, 1717-1727.	El EQ-5D es un instrumento estandarizado desarrollado por el Grupo EuroQol, que proporciona una medida de la calidad de vida relacionada con la salud. Se compone de cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. La puntuación total oscila entre 0 y 100, y las puntuaciones más bajas indican una peor calidad de vida relacionada con la salud.
Escala de Insight Cognitivo de Beck (BCIS)	Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. <i>Schizophrenia research</i> , 68(2-3), 319-329.	Escala de autoinforme que mide el nivel de conciencia de padecer un trastorno mental así como la necesidad de tratamiento. Consta de 15 ítems y se compone de dos subescalas: autorreflexividad (nueve ítems) y autocerteza (seis ítems), y una puntuación denominada "percepción cognitiva" que se obtiene restando los ítems de autocerteza de los de autorreflexividad.
Inventario de Actitudes hacia las Drogas (DAI-10)	Nielsen, R. E., Lindström, E., Nielsen, J., & Levander, S. (2012). DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. <i>European Neuropsychopharmacology</i> , 22(10), 747-750.	Escala, con versión validada en español, que mide la actitud hacia la medicación. Consta de 10 ítems oscilando la puntuación total entre 10 y 20. No existe un punto de corte pero cuanto mayor sea la puntuación, más positivo el efecto percibido de la medicación.
Uso de servicios futuros		

Instrumentos	Cita completa	Información descriptiva
Economic Patient Questionnaire (EPQ)	Davies, L. M., Lewis, S., Jones, P. B., Barnes, T. R., Gaughran, F., Hayhurst, K., ... & Lloyd, H. (2007). Cost-effectiveness of first-v. second-generation antipsychotic drugs: results from a randomised controlled trial in schizophrenia responding poorly to previous therapy. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 191(1), 14-22.	Cuestionario para uso específico en el servicio de intervención precoz en psicosis con el objetivo de obtener datos sobre el uso de los servicios para futuros análisis.
Nota: El orden de los instrumentos de evaluación en la tabla responde a los grupos de sintomatología en primer lugar y el orden en que los autores los mencionan en sus estudios según esta revisión sistemática.		