

El Tratamiento del Trauma en Adicciones con EMDR: Un Estudio Piloto

Béatrice Perez-Dandieu, M.S.W.^a & Géraldine Tapia, Ph.D

Resumen-Objetivo. Este estudio investigó los efectos del protocolo estándar de EMDR en pacientes dependientes crónicos. Planteamos que el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos con EMDR llevaría a cambios apreciables en los síntomas de la adicción. Método: Doce pacientes con dependencia al alcohol y/u otras drogas fueron asignados aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento: tratamiento habitual (TAU) o TAU más ocho sesiones de EMDR (TAU+EMDR). Las mediciones de los síntomas de TEPT, síntomas de adicción, depresión, ansiedad, autoestima y alexitimia están incluidos en este estudio.

Resultados: El grupo TAU+EMDR mostró una reducción significativa en los síntomas TEPT pero no así en los síntomas de la adicción. El tratamiento EMDR también se asoció con una reducción notable en los síntomas depresivos, mientras que los pacientes que solo recibieron TAU no mejoraron en este área. El grupo TAU+EMDR también mostró significantes cambios en autoestima y alexitimia después del tratamiento.

Conclusiones: Este estudio sugiere que los síntomas TEPT en los pacientes con abuso de sustancias pueden ser exitosamente tratados con el protocolo estándar EMDR.

Palabras clave- EMDR, abuso de sustancias, TEPT, recuerdo traumático, tratamiento

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) son ambos trastornos severos que causan un importante malestar psicológico. Las estimaciones de prevalencia para TEPT en casos de TUS varían entre el 11% y el 41% (Harrington & Newman 2007; Ouimette, Goodwin & Brown 2006; van Dam et al. 2010). A pesar de esta variabilidad, es evidente que la presencia de TEPT entre los pacientes con TUS es alta. Algunos autores han sugerido una relación funcional entre los dos trastornos que es solidamente avalada por la evidencia empírica (van Dam et al. 2012). Los síntomas del TEPT afectan negativamente los niveles de arousal y estilos de afrontamiento y esto aumenta la probabilidad del abuso de sustancias; el abuso de sustancias, a su vez, incrementa el riesgo de experiencias traumáticas futuras y la retirada de sustancias puede desencadenar la sintomatología TEPT (Stewart & Conrod 2003). Esto tiene implicaciones clínicas para

pacientes con TEPT y TUS concurrentes que muestran mayor gravedad de los síntomas y peores resultados en el tratamiento en comparación con los pacientes con un solo trastorno (Back et al. 2000; Najavits, Weiss & Shaw 1999; Ouimette, Brown & Najavits 1998). Así, hay razones convincentes para promover y facilitar tratamientos eficientes para estas afecciones especialmente en casos de comorbilidad.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una intervención para el TUS basada en las pruebas. Es avalada empíricamente y sus planteamientos cognitivo-conductuales incluyen entrenamiento en estilos de afrontamiento, prevención de recaídas, manejo de contingencias y terapia conductual (Emmelkamp & Vedel 2006). Las perspectivas de tratamiento son frecuentemente divididas en terapias basadas en la exposición y EMDR. La versión más reciente de la Guía Práctica de la Sociedad Internacional de los Estudios del Estrés Traumático apuntan los tratamientos cognitivo-conductuales (incluida la terapia de exposición y la cognitiva) y

EMDR como los tratamientos con mayor evidencia empírica (Foa et al. 2009). La investigación científica, comparando EMDR con los tratamientos tradicionales del trauma basados en la exposición, a menudo ha encontrado que el EMDR es igual o más eficaz (Ironson et al. 2002; Lee, Taylor & Drummond 2006; Seidler & Wagner 2006).

EMDR fue inicialmente desarrollado como un tratamiento para el TEPT aunque sus aplicaciones clínicas se han ampliado considerablemente a lo largo de los años. La evidencia empírica sugiere que EMDR es efectivo para tratar TEPT (a pesar de la aparente insignificancia de los movimientos oculares), aún así es necesario investigar más para entender el mecanismo que hace que EMDR funcione (Freeman 2009). La teoría utilizada actualmente para explicar EMDR es el así llamado Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI). El modelo PAI asume la existencia de un sistema inherente en cada uno de nosotros que es psicológicamente orientado a procesar la información para alcanzar un estado de salud mental. En EMDR se supone que el sistema PAI reduce el estrés y/o las emociones negativas que pueden ser almacenadas debido a experiencias perturbadoras, conduciendo a la integración de la información perturbadora dentro de un estado más positivo y adaptativo. El sistema PAI puede ser entorpecido o bloqueado por un trauma o estrés severo pero también por la influencia de las drogas psicoactivas. De hecho, Shapiro informó acerca del uso del EMDR en el tratamiento de las adicciones en su desarrollo temprano (Shapiro, Vogelmann-Sine & Sine 1994). La posible utilidad del EMDR en estos trastornos puede deberse a los altos niveles de exposición traumática y TEPT en esta población (Abel & O'Brien 2010). Sin embargo, la falta de estudios de investigación acerca de la eficacia del EMDR en el tratamiento de intervención en TUS y TEPT representa una laguna evidente (van Dam et al. 2012).

La investigación acerca de la eficacia clínica del EMDR en la adicción es limitada. Hase, Schallmayer and Sack (2008) publicaron el único ensayo aleatorizado con grupo control encontrado en la literatura de especialidad. EMDR fue aplicado con o sin tratamiento habitual. El tratamiento habitual incluía desintoxicación, entrevista motivacional, evaluación del apoyo social/ajuste, terapia grupal, entrenamiento en relajación y arteterapia. Los pacientes del grupo experimental recibieron tratamiento habitual más dos sesiones de una hora de EMDR dirigidas a los recuerdos de la adicción, vistos como el núcleo detonador de la recaída. Los resultados, cuando se compararon los dos grupos, sugieren que EMDR refuerza el tratamiento de la adicción, reduciendo el deseo de consumir como también las recaídas en un intervalo de 1 a 6 meses respectivamente. Marich (2009) analizó un caso aplicando EMDR a una mujer con adicción cruzada con una agresión sexual que cumplía los criterios para la dependencia de alcohol,

cannabis, sedativos y TEPT. El autor utiliza el protocolo estándar de EMDR (Shapiro 2001) para dirigirlo a las experiencias humillantes que impiden la recuperación. Las siguientes entrevistas indicaron que la paciente se había mantenido abstinentemente 18 meses. Abel y O'Brien (2010) también analizaron la aplicación del EMDR a una mujer con una larga comorbilidad de abuso de alcohol y TEPT. Dos años después de la aplicación de EMDR se mostró que la mujer se mantenía abstinentemente y que la sintomatología TEPT seguía en remisión completa. Otro estudio de caso analizó el uso de EMDR con tres pacientes con severos problemas de adicción y TEPT pero los resultados son menos accesibles ya que se publicaron en holandés (van Rens et al. 2012).

El propósito del presente estudio fue utilizar el protocolo estándar del EMDR con pacientes con abuso de sustancias. A diferencia de ciertos estudios previos (e.g., Hase et al. 2008), no adaptamos el protocolo de tratamiento: el objetivo para el reprocesamiento no fue el recuerdo de la adicción sino un recuerdo traumático en concreto. Por lo tanto, este estudio piloto indica si los pacientes con TUS y TEPT pueden ser tratados eficazmente con tratamientos rutinarios para TEPT como los recomendados por las guías. También medimos la gravedad de la adicción para examinar el efecto del tratamiento en la sintomatología adictiva presente. Sugerimos que el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos con EMDR llevaría a cambios observables en la sintomatología de la adicción. Se espera que esto mejore por completo los resultados de los tratamientos.

MÉTODO

Participantes

Nuestra muestra consistió de 12 mujeres adictas al alcohol/u otras drogas que estaban recibiendo atención médica y social por problemas de adicción en el mismo hospital (Centro de Drogadicción en Francia). Aproximadamente tres cuartas partes de ellas también recibieron también tratamiento para la adicción. Los participantes en el estudio habían sido seleccionados por el mismo facultativo especialista en adicciones. Los criterios de inclusión eran (1) encontrar los criterios de dependencia de sustancias de acuerdo con las características del DSM-IV para el trastorno por uso de sustancias (APA 1994); (2) haber experimentado sucesos traumáticos y (3) encontrar los criterios de TEPT de acuerdo con las características del DSM-IV para el diagnóstico del TEPT (APA 1994). Los participantes con historia de psicosis o trastornos mentales orgánicos o aquellos consumidores habituales de heroína o cocaína fueron excluidos.

Se aplicó un procedimiento de aleatorización estratificada, así los participantes fueron asignados al tratamiento habitual (TAU) O al habitual más 8 sesiones de EMDR (TAU + EMDR). El TAU fue administrado por los mismos facultativos especializados y de acuerdo con el protocolo

estándar (Shapiro 2005). Después de su asignación pero previo al tratamiento, los pacientes dieron su consentimiento y recibieron información adicional sobre el estudio y sobre el EMDR.

Mediciones

Resultados de las mediciones iniciales.

El Inventario Específico para TEPT (PCL-S; Weathers et al. 1993) fue utilizado para evaluar el diagnóstico de TEPT. El PCL es un autoinforme de 17 ítems sobre los síntomas del TEPT, basado en los criterios del DSM-IV. El PCL tiene varios propósitos, incluido el cribado, el diagnóstico para TEPT y la detección de los cambios en la sintomatología durante y después del tratamiento.

El ASI-Lite (ASI; McLellan et al. 1980^a, 1980b) es una versión acortada del ASI, una entrevista semi estructurada para evaluar los problemas de conducta a lo largo de la vida y en la actualidad (los últimos 30 días). El ASI-Lite está dividido en 7 puntuaciones: médica, laboral, consumo de alcohol, otras drogas, familia, ámbito legal y psiquiátrico. Nos centramos en las puntuaciones del consumo de alcohol y otras drogas ya que el propósito de nuestra investigación era ver este consumo antes y después de la intervención. Además, solo utilizamos una escala de gravedad con un intervalo de 0 a 9 para cuantificar el consumo de alcohol y otras drogas.

Resultados de las mediciones posteriores. La gravedad de la ansiedad y depresión fueron evaluadas pre y post tratamiento. Además, nos centramos en la evaluación de otros aspectos que las víctimas de traumas relatan como: baja autoestima, culpa, autoinculpación y dificultad para reconocer y expresar las emociones. Puesto que el EMDR podría ser efectivo para restablecer la autoestima y reducir la alexitimia, estas variables se evaluaron pre y post tratamiento en el grupo con TAU+EMDR.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al. 1961) y El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch & Luschene 1970) sirvieron como medidas de la depresión y ansiedad para comparar el TAU con el TAU+EMDR. El BDI es un autoinforme de 21 ítems para evaluar los síntomas cognitivos y vegetativos de la depresión. El STAI es un inventario de 40 ítems en 2 escalas que mide la ansiedad estado y la ansiedad rasgo.

La autoestima fue medida con El Inventario para la Autoestima de Coopersmith (SEI; Coopersmith 1981). Contiene 58 frases descriptivas, inequívocas y los sujetos han de indicar si se sienten representados o no por ellas (idéntico, diferente). El SEI había sido ampliamente utilizado en la investigación y en la práctica clínica individual y grupal. La validez y fiabilidad del instrumento están bien establecidas.

La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor 1994) es un autoinforme de 20 ítems. Cada ítem se distribuye

en un intervalo de 5 puntos en la escala de Likert desde 1 (fuerte desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Para esta escala se propuso una estructura de 3 factores: DIF (dificultad para identificar emociones), DDF (dificultad para describir emociones) y EOT (orientación externa del pensamiento).

Procedimiento

Los potenciales participantes fueron cribados para el TEPT con PCL-S. Si el TEPT era diagnosticado y una vez obtenido el consentimiento, se aplicaban las mediciones restantes para establecer la línea base.

Tratamiento habitual. Todos los participantes recibieron TAU que incluía entrevistas clínicas con el especialista en adicciones, administración de Baclofen (para reducir el deseo de consumir alcohol) y ansiolíticos/antidepresivos (para reducir la ansiedad y los pensamientos negativos). TAU también incluyó tratamiento sustitutivo para la heroína (Metadona o Buprenorfina), medicación para el TEPT si era necesaria y entrevistas psicoeducativas con trabajadores sociales. Finalmente, TAU incluyó apoyo de los trabajadores sociales para hacer frente junto a los enfermeros a las demandas diarias y el cuidado medical.

EMDR. Los participantes recibieron 8 sesiones EMDR durante 6 meses. El primer mes los pacientes recibieron 3 sesiones EMDR. Luego se administró 1 sesión al mes. Después de un máximo de 8 sesiones EMDR, se tomaron las medidas post tratamiento. Durante la terapia EMDR, el tratamiento habitual continuó. Utilizamos las 8 fases del procedimiento EMDR estándar adaptado para Francia (Cornil 2011) (ver Shapiro 1995 para una detallada descripción del procedimiento). Al paciente se le requiere que seleccione una sola imagen de un recuerdo traumático. Terapeuta y paciente determinan que creencia actual aplicar a esa imagen diana: por ejemplo "Yo soy débil". Se le requiere al paciente formular una creencia contradictoria que sería preferible a la anterior: por ejemplo "Yo tengo el control ahora". Luego empieza la desensibilización. La tensión aumenta pidiéndole al paciente mantener el recuerdo traumático, el estado negativo, evocando la emoción e indicando el área del cuerpo donde experimenta esa emoción mientras sigue con los ojos los movimientos que el profesional realiza con los dedos. Después de un set de 25 movimientos oculares, el paciente es preguntado por asociaciones que le vienen a la mente. Se realiza de nuevo un set de movimientos oculares. Este procedimiento es repetido hasta que al paciente ya no le viene a la mente ninguna asociación nueva. Luego se le pide al paciente que se centre en la imagen diana y se le pregunta por las unidades de malestar subjetivo de la escala SUD. Cuando el malestar ha disminuído del todo se empieza la fase de instalación. Se instala la creencia contradictoria. Se le pregunta como de verdadera siente en este momento la creencia positiva (desde 1 ¼ completamente falsa hasta 7 ¼

completamente verdadera). Se repiten los sets hasta que la creencia positiva es completamente verdadera. Luego se le pide al paciente que realice un escaneado (sintiendo si todavía hay tensión en el cuerpo) mientras se concentra en la imagen diana y en la creencia positiva. Se repiten los sets de movimientos oculares hasta que el cuerpo queda totalmente relajado. El EMDR finaliza con un cierre positivo en el que al paciente se le pide que verbalice el hecho más positivo acerca de si mismo que ha aprendido en la sesión y respecto al trauma que se ha tratado. Después de cada set de 25 movimientos oculares, el terapeuta le pide al paciente que califique la fuerza tanto del recuerdo angustioso como de sus creencias acerca del pensamiento positivo. Se pueden utilizar otros tipos de estimulación bilateral como el tapping o sonidos alternos.

Análisis estadístico

La estadística descriptiva fue utilizada para describir las características de la muestra en la línea base. Junto con los T-tests aplicados a la muestra se han podido valorar los cambios en las puntuaciones de las mediciones clínicas. Las puntuaciones de las variables en la línea base fueron normalmente distribuidas y luego se realizó un análisis paramétrico utilizando T-tests.

RESULTADOS

Características de las muestras

Tabla 1 muestra las características de los grupos TAU y TAU+EMDR.

Línea base

Los grupos TAU y TAU+EMDR fueron equivalentes en cuanto a edad, duración de la sintomatología en la adicción y TEPT, número de tratamientos de desintoxicación y rehabilitación previos, y duración de los tratamientos de sustitución.

TABLA 1
Características de los grupos TAU y TAU+EMDR

		Frecuencia por grupo	
		TAU	TAU+EMDR
Causa trauma	Abuso sexual	4	3
TEPT	Abuso físico, abandono/negligencia	2	2
	Abuso emocional	0	1
Género	Mujer	6	6
Estilo de vida	Con pareja e hijos	0	1
	Con pareja	2	3
	Sola/independiente	4	2
	Vivienda protegida	0	1
Dependencia de	Alcohol	4	1
Sustancias	Cannabis	1	1
	Politoxicomania	1	4
Medicamentos de	Metadona	4	4
Sustitución	Buprenorfina	1	1
	Otros	1	1

Los grupos fueron equivalentes también en las medidas clínicas: gravedad de la adicción, TEPT, depresión y ansiedad. Las medidas de personalidad (Journal of Psychoactive Drugs

autoestima y alexitimia) no mostraron diferencias estadísticamente significativa. (Ver **Tabla 2**)

Eficacia

Resultados de las mediciones iniciales. La hipótesis en este estadio fue que el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos con EMDR llevaría a cambios apreciables en los síntomas de la adicción. Por lo tanto, las mediciones más relevantes para el análisis fueron PCL-S y ASI. A comparación del pre tratamiento, las puntuaciones post tratamiento del PCL-S relevaron una mejoría significativa en el grupo con tratamiento TAU+EMDR (T= 4.211, p=.008), mientras en el grupo con TAU no disminuyeron los síntomas TEPT (T= -0.945, p=0.389) (ver **Tabla 3**). Entre TAU y TAU+EMDR la diferencia entre las puntuaciones PCL-S fue estadísticamente significativa (T=9.60, p=.011). A comparación del pre tratamiento, las puntuaciones ASI post tratamiento relevaron que ni en el grupo TAU, ni en el TAU+EMDR disminuyó la sintomatología en la adicción al alcohol u otras sustancias. El análisis de las puntuaciones ASI también reveló que no había ninguna diferencia significativa entre TAU y TAU+EMDR.

Resultados mediciones posteriores. A comparación del pre tratamiento, las puntuaciones post tratamiento del BDI evidenciaron una disminución significativa en el grupo de tratamiento TAU+EMDR (T= 4.385, p=.007). Entre TAU y TAU+EMDR las diferencias entre las puntuaciones post tratamiento fueron significativas (T=14.134,p=.004). A comparación del pre tratamiento, las puntuaciones STAI post tratamiento relevaron una disminución significativa en el grupo TAU+EMDR(T=2.653, p=.045), mientras en el grupo TAU no se observó ninguna disminución del estado de ansiedad (T=-0.43, p=.648). Entre TAU y TAU+EMDR, las diferencias entre las puntuaciones STAI post tratamiento no fueron significativas (T= 3.01, p=0.113). A comparación del pre tratamiento, las puntuaciones SEI post tratamiento evidenciaron un incremento significativo en el grupo TAU+EMDR (T=-3.372, p=.012). Las puntuaciones del TAS-20 mostraron diferencias no significativas entre pre y post tratamiento en los grupos TAU+EMDR (T= 2.312, p=.069).

DISCUSIÓN

El presente estudio fue dirigido a la aplicación del protocolo estándar EMDR en el tratamiento de las adicciones. En este estudio, el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos tempranos fue seguido de una disminución del TEPT, de la depresión y de la ansiedad post tratamiento. Este resultado se refleja también en las diferencias TEPT y síntomas depresivos que disminuyeron en los pacientes que recibieron EMDR. No obstante, el tratamiento EMDR no fue asociado a una disminución significativa en el consumo de alcohol y otras drogas. A comparación

del TAU, los pacientes que recibieron EMDR añadido al TAU no evidenciaron una disminución significativa en el abuso de sustancias después del tratamiento. Los resultados también señalan que el uso del protocolo estándar fue seguido de un incremento significativo de la autoestima.

Aunque muchos terapeutas de las adicciones creen que el paciente debería de estar libre de sustancias antes de involucrarse en trabajar el trauma (Hase 2010; Zweben, Clark & Smith 1994), este estudio demostró que después de la abstinencia

puede darse una disminución de la sintomatología TEPT. Este trabajo también relevó que el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos aumenta la posibilidad de creencias adaptativas a través del incremento de la autoestima y la reducción de la depresión y ansiedad. Este resultado refuerza la idea de que el EMDR puede ayudar a los pacientes a recordar los hechos desde una perspectiva más adaptativa y tener una actitud mucho más funcional acerca del presente y del futuro (Shapiro et al. 1994).

TABLA 2

Linea base de las mediciones grupos TAU y TAU+EMDR

	TAU (N= 6)		TAU+EMDR(N=6)		Valor test	p	Tamaño del efecto	Intervalo de confianza
	M	SD	M	SD				
Edad (años)	29.33	2.94	29.67	3.14	<1	.853	0.004	-3.58,4.25
Duración síntomat. adicción (años)	11.83	3.06	11.17	3.06	<1	.714	0.0014	-4.60,3.27
Duración TEPT (años)	18	5.40	21.33	5.57	1.11	.318	0.1	-
Duración trat. sustitución (meses)	2.58	1.43	2.47	1.47	<1	.892	0.002	-1.98,1.75
Nº trat. Desintoxicación	1	-	2	-	<1	.549	0.037	-0.43,0.76
Nº trat. Rehabilitación	0	-	0	-	-	-	-	-
PCL-S	54.67	7.53	59.83	7.25	1.47	.254	0.128	-
ASI	5.50	2.16	5.33	1.37	<1	.876	0.003	-2.50,2.16
BDI-2	15.5	5.86	17.83	4.4	<1	.453	0.057	-4.33,9.00
STAI- estado	54.17	5.5	61	10.08	2.11	.177	0.174	-
SEI	27.5	4.76	21.33	6.95	3.21	.103	0.0243	-
TAS-20	43.5	6.95	51	14.42	1.32	.278	0.116	-

Nota. TAU: Tratamiento Habitual; EMDR: Desensibilización y Reprocesamiento de Recuerdos Traumáticos; Edad: edad en años; Desintoxicación: número de tratamientos de desintoxicación previos del paciente; Rehabilitación: número de tratamientos previos de rehabilitación del paciente; ASI: Índice de Gravedad de la Adicción; PCL-S: Listado Específico Postraumático; BDI: Inventario de Depresión de Beck; STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; SEI: Questionario de Autoestima; TAS: La Escala de Alexitimia de Toronto; Tratamiento: duración del tratamiento en días; Valor test: Chi2 para variables categóricas, T para variables continuas.

No se observó una reducción en el uso de alcohol y otras drogas después del tratamiento con EMDR. No obstante, un estudio previo encontró que el reprocesamiento de los recuerdos de la adicción utilizando un set del procedimiento modificado de EMDR, fue seguido de una reducción del deseo de consumir alcohol después del tratamiento (Hase et al. 2008). En el estudio presente, el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos, puede no ser suficiente para reducir el consumo de alcohol u otras drogas. Este estudio muestra que el reprocesamiento de los recuerdos

traumáticos en una muestra TUS, reduce la sintomatología TEPT indicando que el tratamiento EMDR funciona para tratar TEPT en los adictos a sustancias. Proponemos que el reprocesamiento tanto en los recuerdos traumáticos como de adicción con EMDR debería reducir la sintomatología TEPT junto con el consumo de alcohol u otras drogas. Esta propuesta nos lleva a una necesidad mayor de investigación centrada tanto en la memoria traumática como en la de la adicción para determinar el impacto de las dos en la sintomatología de la adicción.

Este estudio tiene algunas limitaciones metodológicas. El tamaño de las muestras fue pequeño y además la muestra clínica fue compuesta solo por mujeres. El tratamiento fue aplicado por la misma persona que evaluó los resultados del estudio, lo que podría sesgar los resultados. No se puede cuantificar el tipo y la duración del apoyo social debido a que no se aplicaron mediciones estandarizadas para ello.

Se espera que la aplicación del protocolo estándar EMDR para el tratamiento de los pacientes con adicciones sea replicado en una muestra amplia de pacientes con TUS. Proporcionando intervenciones psicoterapéuticas con EMDR en las fases tempranas del tratamiento de pacientes con adicciones, puede mejorar por completo los resultados.

Grupo	Pre tratamiento		Post tratamiento		Relevancia pre/post tratamiento	
	M	SD	M	SD	Valor test	Relevancia
Variables clínicas						
PCL-S						
TAU	54.67	7.53	56.5	2.55	-0.945	0.389
TAU+EMDR	59.83	7.25	35.17	13.42	4.211	0.008
ASI						
TAU	5.50	2.16	5.55	2.55	-1	0.363
TAU+EMDR	5.33	1.37	4.17	2.04	1.19	0.287
BDI-2						
TAU	15.5	5.86	17.5	3.78	-2.07	0.093
TAU+EMDR	17.83	4.4	7.83	5.03	4.385	0.007
STAI						
TAU	54.17	5.5	56	5.21	-0.43	0.684
TAU+EMDR	61	10.08	42.33	18.57	2.653	0.045
Variables de personalidad						
SEI						
TAU	27.5	4.76	-	-	-	-
TAU+EMDR	21.33	6.95	34	9.32	-3.372	0.012
TAS-20						
TAU	43.5	6.95	-	-	-	-
TAU+EMDR	51	14.42	40.17	6.73	2.312	0.069

Nota. TAU: Tratamiento Habitual; EMDR: Desensibilización y Reprocesamiento de Recuerdos Traumáticos; ASI: Índice de Gravedad de la Adicción; PCL-S: Listado Específico Postraumático; BDI: Inventario de Depresión de Beck; STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; SEI: Questionario de Autoestima; TAS: La Escala de Alexitimia de Toronto; Valor test: T para las muestras pareja