

¿Aumenta el tratamiento del trauma el riesgo de recaída?

Resultados de un ensayo clínico aleatorizado con EMDR en adicciones

Flavia Piazza^{1,2}, Leonor P. Gawron^{1,2}, Daniel Folch Sanchez^{2,3,4}, Clara Oliveras Salvà^{1,2}, Laura Blanco^{4,5}, Arturo Rodríguez^{6,7}, Mercè Balcells^{1,2,4}, Laia Miquel^{1,2,3}

¹ Unidad de Conductas Adictivas, Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto Clínico de Neurociencias (ICN), Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España · ² Grupo de Investigación en Salud y Adicciones, IDIBAPS, Barcelona, España · ³ Red de Investigación en Atención Primaria en Adicciones (RIAPAd), Barcelona, España · ⁴ Departamento de Psiquiatría, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

⁵ Programa TEPT-AGRESX, Psiquiatría y Psicología de Adultos, ICN, Hospital Clínic · ⁶ Universidad de Barcelona, Programa de Doctorado en Medicina e Investigación Traslacional, Barcelona, España · ⁷ Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, España

MENSAJE CLAVE · EMDR focalizado en trauma no incrementó el riesgo de recaída. La supervivencia libre de recaída fue numéricamente mayor con EMDR+TAU, aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística.

INTRODUCCIÓN

- El trauma psicológico y el TEPT son frecuentes en los TUS y se asocian a mayor gravedad clínica, peor pronóstico y mayor vulnerabilidad a las recaídas (Norman et al., 2007).
- Tradicionalmente, el abordaje del trauma se ha pospuesto hasta alcanzar una abstinencia prolongada por temor a desestabilizar al paciente o favorecer el consumo (Roberts et al., 2016).
- Revisiones recientes apoyan la seguridad y eficacia de los tratamientos integrados para TUS y TEPT, cuestionando los modelos secuenciales tradicionales (Hien et al., 2024).

OBJETIVO

Evaluar el impacto de añadir EMDR focalizado en trauma al tratamiento habitual (TAU) sobre el riesgo y el tiempo hasta la recaída en pacientes con TUS y sintomatología traumática, durante un seguimiento de hasta 12 meses.

MÉTODO

Ensayo clínico aleatorizado · N = 64

TAU
n = 30

EMDR + TAU
n = 34

- Intervención: 6–8 sesiones individuales de EMDR focalizado en trauma añadidas al TAU.
- Evaluaciones clínicas: basal, postratamiento y seguimientos a 1 y 3 meses; seguimiento de recaídas ampliado hasta 12 meses.
- Recaída: reanudación del patrón previo de consumo, registrada mediante seguimiento clínico.
- Análisis tiempo-evento: Kaplan–Meier, prueba log-rank y modelos de riesgos proporcionales de Cox.
- Se realizaron modelos ajustados por variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el consumo.
- El análisis de recaídas fue exploratorio; el ensayo no se dimensionó específicamente para este outcome.

RESULTADOS

Durante el seguimiento ampliado a 12 meses se registraron 23 recaídas.

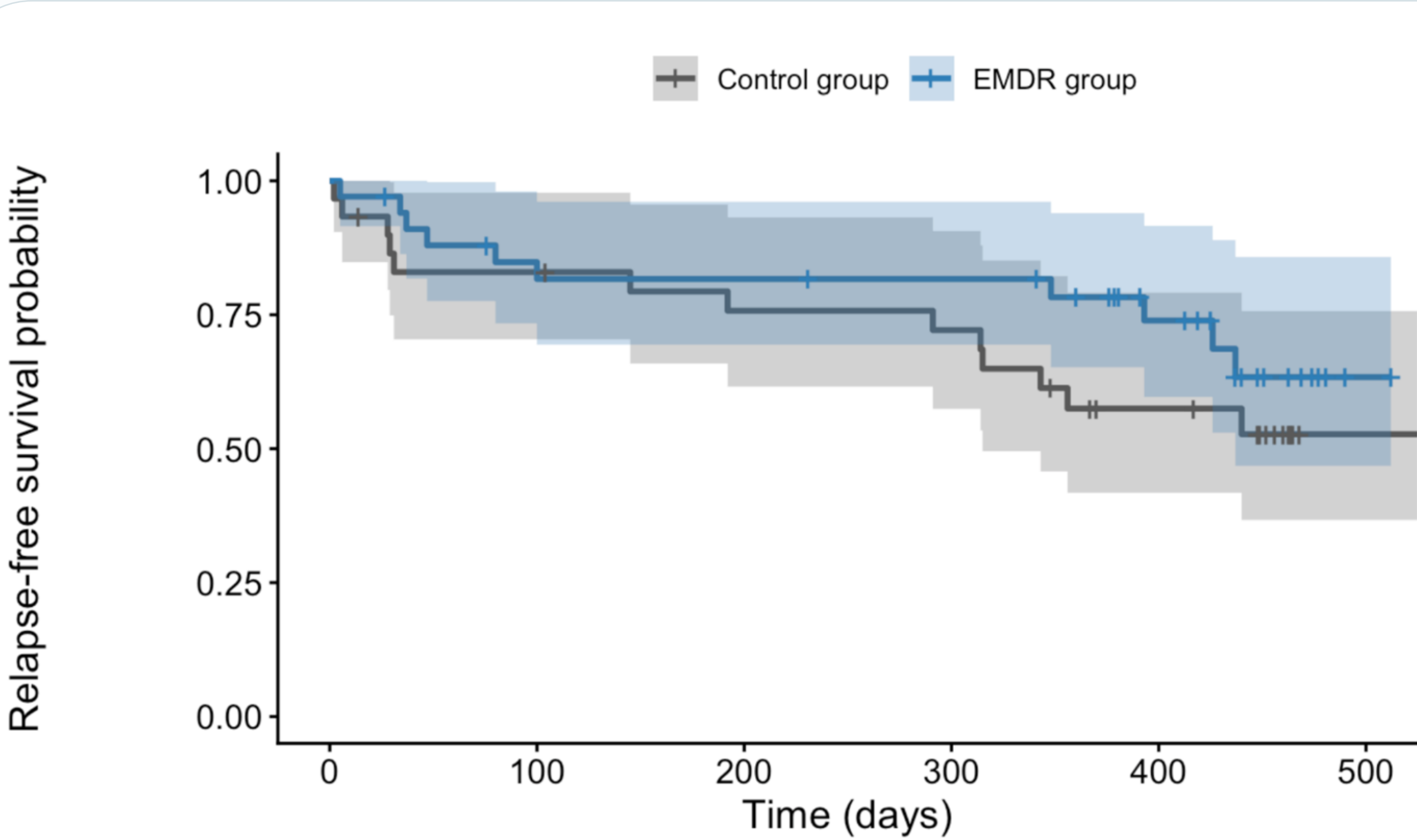


Figura. Curvas Kaplan–Meier de supervivencia libre de recaída durante el seguimiento.

43% vs 29%

Supervivencia libre de
recaída
EMDR+TAU vs TAU

HR = 0,63

IC95%: 0,28–1,44
p = 0,28

37% menor

hazard de recaída
con EMDR+TAU

La diferencia entre curvas no alcanzó significación estadística (log-rank $\chi^2=1,21$; $p=0,27$). En el modelo de Cox, EMDR+TAU mostró HR=0,63 (IC95%: 0,28–1,44; $p=0,28$). Los modelos ajustados mantuvieron consistentemente HR < 1, sin alcanzar significación estadística.

Interpretación: los datos no demuestran un efecto preventivo de EMDR sobre las recaídas, pero sí descartan una señal de aumento del riesgo en esta muestra y muestran una dirección de efecto favorable que requiere confirmación.

INTERPRETACIÓN

- No se observó un incremento del riesgo de recaída asociado al tratamiento focalizado en trauma.
- La supervivencia libre de recaída fue numéricamente mayor en EMDR+TAU (43%) que en TAU (29%).
- El HR=0,63 equivale a un hazard de recaída aproximadamente un 37% menor con EMDR+TAU; sin embargo, el IC95% incluye 1.
- La ausencia de significación debe interpretarse considerando el tamaño muestral y el reducido número de eventos.
- La consistencia de HR < 1 en los modelos ajustados refuerza la señal favorable, pero no permite establecer eficacia preventiva.

CONCLUSIONES

- La incorporación de EMDR focalizado en trauma al tratamiento habitual no incrementó el riesgo de recaída en pacientes con TUS.
- Los hallazgos apoyan la seguridad de integrar el tratamiento del trauma durante el abordaje de las adicciones, sin necesidad de esperar sistemáticamente a una abstinencia prolongada.
- La posible reducción del riesgo de recaída observada debe considerarse exploratoria y requiere confirmación en estudios con mayor potencia estadística.
- Futuros estudios deberían examinar si la mejoría del TEPT puede mediar cambios posteriores en los resultados relacionados con el consumo.

TAKE-HOME MESSAGE

Tratar el trauma no mostró aumentar las recaídas. La señal hacia un menor riesgo con EMDR+TAU es clínicamente relevante, pero todavía no concluyente.

REFERENCIAS

- Norman SB, Tate SR, Anderson KG, Brown SA. Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? Drug Alcohol Depend. 2007;90(1):89–96. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.03.002
- Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(4):CD010204. doi:10.1002/14651858.CD010204.pub2
- Hien DA, Papini S, Saavedra LM, et al. Project Harmony: A systematic review and network meta-analysis of psychotherapy and pharmacologic trials for comorbid posttraumatic stress, alcohol, and other drug use disorders. Psychol Bull. 2024;150(3):319–353. doi:10.1037/bul0000409