

Efectividad de un protocolo de intervención psicoterapéutica breve, basado en EMDR, sobre los síntomas de pacientes diagnosticados de Fibromialgia y Trastorno de Estrés Postraumático: resultados de un ensayo clínico piloto aleatorizado

Effect of an EMDR-based brief psychotherapy on symptoms in patients with Fibromyalgia and Post-Traumatic Stress Disorder: results from a pilot randomized clinical trial

Begoña Aznárez y colaboradores *

Psicóloga-Psicoterapeuta
Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Resumen

Antecedentes: la Fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica, y las opciones efectivas para su tratamiento son escasas. Al mismo tiempo, encontramos que, con una muy alta frecuencia, los pacientes diagnosticados de Fibromialgia padecen, además, de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

La hipótesis que manejamos en este estudio es la siguiente: si trabajamos sobre las experiencias traumáticas que conforman el TEPT, los síntomas de la FM se aliviarán suponiendo que hay una relación entre el dolor corporal que sufren los pacientes y el dolor emocional surgido a partir de esos acontecimientos tempranos y silenciado en su historia.

El objetivo, por tanto, es analizar el efecto del tratamiento con un protocolo específico diseñado para estos pacientes que tienen ambos diagnósticos. Este protocolo incluye la utilización de la Desensibilización y el Reprocesamiento por el Movimiento Ocular (EMDR en sus siglas en inglés),

herramienta psicoterapéutica basada en la evidencia y considerada por la OMS como óptima en el tratamiento del TEPT.

Método: Este es un ensayo clínico controlado aleatorizado multicéntrico. Los pacientes en el grupo de tratamiento recibieron 22 sesiones individuales de psicoterapia de 90 minutos. La evaluación física de los pacientes, previa a la intervención psicoterapéutica, se llevó a cabo administrando pruebas validadas.

Resultados: 31 pacientes (17 en el grupo de intervención y 14 en el grupo de control) completaron la intervención y el período de seguimiento, respectivamente.

Encontramos una **reducción clínicamente significativa** en la gravedad de los síntomas en todos los parámetros evaluados en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo de control, que no mostró cambios significativos.

Analizamos el subgrupo de pacientes en el grupo de tratamiento que mostraron una respuesta clínica significativa en los síntomas de TEPT (respondedoras) que mostraron una disminución significativa en todas las escalas, en relación a las no respondedoras que mostraron solo una ligera mejora en los síntomas de ansiedad.

Conclusiones: Una terapia psicoterapéutica específica para el TEPT mejora significativamente los síntomas físicos en pacientes con FM y TEPT. La mejora clínica estuvo relacionada con la respuesta al TEPT.

Palabras clave: EMDR, psicoterapia, fibromialgia, trastorno por estrés postraumático

Abstract

Objective: Fibromyalgia (FM) is a chronic disease, and effective therapeutic options are scarce. Post-traumatic stress disorder (PTSD) is frequently found in patients with FM. The objective of this study was to analyze the effect in FM symptoms of a specific treatment for PTSD using an Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) based psychotherapy in patients suffering of both disorders.

Method: This is a multicentric randomized controlled clinical trial. Patients in the treatment arm received 22 EMDR individual 90-minute sessions. Patient's physical assessment was carried out administering validated tests. Control group received treatment subsequently after the intervention group intervention was finished.

Results: 31 patients (17 in the intervention group and 14 in the control group finished the intervention and follow-up period, respectively). We found a clinically significant reduction in symptoms severity in all the evaluated parameters in the treatment group compared to the control group which showed no significant change. We analyzed the subgroup of patients in the treatment arm

that showed a significant clinical response in PTSD symptoms (responders) who showed a significant decrease in all scales while non-responders showed only a slight improvement in anxiety symptoms.

Conclusions: A specific PTSD psychotherapeutic therapy significantly improves physical symptoms in patients with FM and PTSD. Clinical improvement was related to PTSD response.

Keywords: EMDR, psychotherapy, Fibromyalgia, Posttraumatic stress disorder

*** Colaboradores Participantes:** José Luis Marín, Juan Torres, Javier Pallarés, Aurora Alonso, María Elena Amo, Carola Añino, Beatriz Ayllón, Luis Bonet, Elsa Capuzzi, M^a Teresa Castaño, Belén Corral, Benita Gómez, Pilar Hernández, Moisés Jiménez, María Martn, Virginia Mora, Beatriz Mejías, María Asís Olalla, Esther Ortega, Inmaculada Pérez, Andrés Ramos, M^a Carmen Romero, Beatriz Rotaeché, Carmen Sánchez, Noemí Sánchez, Ana Belén Vázquez, Aldana Zavarella. Jesús Rodríguez Barroso (operador estadístico).

Nuestro reconocimiento también a Carlos Mingo Rodríguez y Gonzalo García de Casasola.

Soporte económico: este ensayo no recibió ninguna subvención económica. No obstante, Debemos agradecer a la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPyP) su apoyo institucional al ceder el uso de despachos en su centro clínico para que se llevasen a cabo los procesos de algunas de las pacientes.

Muchas gracias a todos los colaboradores por su participación no remunerada.

NOTA de la autora principal

Este estudio comenzó a gestarse hace casi 10 años cuando, por iniciativa de cuatro personas (Juan Torres, Javier Pallarés, José Luis Marín y yo misma), se puso en marcha la maquinaria con mucho conocimiento y experiencia pero, además, con muchas ganas de aportar nuestro granito de arena a la hora de ayudar a aliviar el dolor de los pacientes que padecen Fibromialgia.

Hemos vivido muchas dificultades y contratiempos, incluidos algunos sabotajes profesionales y una pandemia. Eso ha retrasado la ejecución del ensayo clínico y la publicación de sus resultados, pero no ha disminuido ni un ápice la ilusión con la que todos los que estamos involucrados hemos llevado a cabo nuestro trabajo.

El grupo de pacientes al que atendimos es mayor del que aparece en el estudio, pero, por diferentes circunstancias, algunas de ellos no pudieron ser incluidos para su cómputo estadístico.

Tras la finalización del estudio seguimos atendiendo gratuitamente a tantas pacientes como podemos.

Nuestro agradecimiento más profundo a todos los psicoterapeutas por su colaboración desinteresada y a las pacientes por su confianza y su espíritu de lucha contagioso y motivador.

Por fin, aquí están los resultados. Esperamos que este estudio contribuya a la mejora de la calidad de vida de los pacientes, ayude a los clínicos en el desarrollo de sus protocolos de intervención y su interacción con los pacientes, y genere iniciativas de seguir investigando en este tema.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por la presencia de dolor osteomuscular generalizado crónico. En los últimos años, la FM se ha convertido en un importante problema de salud pública. La prevalencia promedio de la FM en todo el mundo es del 2.7%, afectando principalmente a pacientes de sexo femenino (Queiroz, 2013). Aunque el dolor es la queja principal, tiende a coexistir una variedad de síntomas físicos, funcionales y psicológicos que afectan negativamente a diferentes aspectos de la vida del paciente, como la rigidez muscular, déficits cognitivos, fatiga, intestino irritable y trastornos emocionales (Winfield, 2000; Fietta P, Fietta P & Manganelli P, 2007; Edwards RR, Bingham C, Bathoon J & Haythornthwaite JA, 2006; Sherman JJ, TurkDC & Okifuji A, 2001; Windield, 2001).

Actualmente, en el estudio de la patogénesis de la FM, se propone un modelo biopsicosocial basado en diferentes variables que interactúan en la predisposición, desencadenamiento y cronificación de la enfermedad. Entre las variables psicosociales, se ha analizado la existencia de eventos emocionales traumáticos en la infancia en varios estudios con resultados contradictorios (Boisset-Pioro, Esdaile & Fitzcharles, 1995; Walker EA et al., 1997; Imbierowicz & Egle, 2003; Taylor, Trotter & Csuka, 1995;

Castro et al., 2005; Goldberg, Pachas & Keith, 1999; Ciccone, Elliott, Chandler, Nayak & Raphael, 2005), aunque en la mayoría de ellos se describen estos tipos de eventos con más frecuencia en pacientes con FM que en grupos de control. La prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en pacientes con FM en series previas oscila entre el 15 y el 56% (Hauser et al., 2013; Raphael, Natelson, Janal & Nayak, 2002; Cohen et al., 2002). Además, los pacientes con TEPT asociado a la FM presentan síntomas más graves.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (EMDR) son los tratamientos de elección para los pacientes que padecen TEPT (Watkins, Sprang & Rothbaum, 2018; Lancaster, Teeters, Gros & Back, 2016; Cusack, Jonas, Forneris, 2016). EMDR proporciona una mejora significativa en el estado funcional, los síntomas depresivos y la ansiedad en más del 50% de los pacientes (Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C, 2013). EMDR es una herramienta psicoterapéutica basada en el principio de un doble foco de atención, que postula que generar el recuerdo de circunstancias que producen perturbación afectiva mientras se presta atención a un estímulo sensorial alternante (movimiento ocular o estimulación táctil y auditiva bilateral) facilita el procesamiento de información perturbadora (trauma, dolor, etc.) (21). Además, varios estudios demuestran que EMDR es capaz de reducir la intensidad del dolor o incluso eliminarlo por completo en pacientes con diferentes trastornos del dolor (por ejemplo, dolor en miembro fantasma o dolor de cabeza) (Gerhardt A, et al., 2016; Brennstuhl, Tarquinio, 2012; Ritchter, 2001; Smikun, 2009), incluidos algunos estudios pequeños en pacientes con FM. La aplicación de esta técnica psicoterapéutica es segura y no genera complicaciones significativas asociadas a la misma (Brennstuhl, Tarquinio, 2012; Chen et al., 2014).

La hipótesis de este estudio, como ya hemos reflejado, es que el tratamiento específico para el TEPT con psicoterapia breve basada en EMDR puede generar una mejora significativa en los síntomas físicos en pacientes con FM y TEPT.

MÉTODO

Participantes: Este es un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico. La población de estudio se obtuvo entre pacientes con un diagnóstico de FM que también cumplieran con los criterios diagnósticos de TEPT.

Los participantes fueron reclutados en la clínica ambulatoria psicosomática del Departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Cristina en Parla (Madrid) y la clínica ambulatoria de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

Dichos pacientes fueron evaluados para su elegibilidad por dos internistas con experiencia en medicina psicosomática.

Los criterios generales de inclusión fueron: tener 18 años o más, estar dispuesto a someterse a la

aleatorización, cumplir con los criterios diagnósticos modificados de FM del Colegio Americano de Reumatología (2010) y cumplir con los criterios diagnósticos del DSM-5 del TEPT.

Los criterios de exclusión fueron: estar recibiendo tratamiento psicoterapéutico activo en los últimos 2 meses, estar experimentando con un nuevo tratamiento farmacológico, o una modificación significativa de la dosis en el último mes, de un medicamento ya recetado para la FM o el TEPT, la presencia de un trastorno de personalidad significativo o un síndrome depresivo grave.

Las pacientes finalmente incluidas (todas mujeres, por lo que continuaremos refiriéndonos a ellas en femenino) fueron asignadas al azar para recibir tratamiento con EMDR a través de un protocolo estructurado en comparación con permanecer en la lista de espera para el tratamiento. Este tratamiento se ofreció y aplicó a este grupo control una vez que terminó el período de seguimiento (6 meses). Todas los participantes continuaron recibiendo su atención rutinaria de sus médicos generales y otros proveedores de atención médica. La aleatorización se realizó utilizando una lista de aleatorización generada por ordenador.

Procedimiento:

La intervención terapéutica se llevó a cabo de manera individual utilizando, como hemos comentado, un protocolo específico estandarizado administrado por un equipo de 20 psicólogos y 5 médicos, todos ellos formados en clínica e intervención en trauma con EMDR, que fueron supervisados a través de sesiones regulares por una psicóloga *senior* (la principal autora de este ensayo) con una larga experiencia en psicoterapia y en psicoterapia con EMDR. El protocolo de intervención se basó en el procedimiento descrito por Shapiro (Shapiro, 1995), pero incluyó una modificación específicamente considerada para el tratamiento de pacientes que presentan altas puntuaciones en disociación.

Las pacientes del grupo tratamiento recibieron 22 sesiones individuales de 90 minutos, utilizando este protocolo específico para tratar síntomas relacionados con experiencias infantiles adversas.

Dicho protocolo de intervención se dividió en una evaluación inicial (6 sesiones), la intervención propiamente dicha (dividida en cuatro fases, 15 sesiones) y una última sesión de cierre.

- **Evaluación:** en esta fase, el psicoterapeuta recoge información sobre la biografía de la paciente, incluyendo una línea de vida exhaustiva, un genograma y toda la información relevante sobre la historia clínica y antecedentes.

También se utilizan algunas escalas estandarizadas y técnicas proyectivas para completar el estudio riguroso de la etiología y la selección de los objetivos adecuados que se tratarán con EMDR.

Esta fase se desarrolla en seis sesiones. La última se utiliza para la lectura y explicación del informe elaborado por el psicoterapeuta, en el que se exponen las hipótesis sobre qué variables podrían explicar el sufrimiento actual y se ofrece un esquema de la intervención.

También es el momento de explicar cómo las experiencias traumáticas vividas en la infancia explican la sintomatología actual. Esta explicación incluye un breve repaso de las bases neurofisiológicas que sostienen el proceso y que justifican por qué la intervención incluye el uso de EMDR. Se incluye una breve explicación de cómo y por qué funciona la técnica.

- **Intervención:** la intervención se desarrolla en tres fases:

Fase 1. Preparación y ampliación de la ventana de tolerancia: aquí incluimos el "Protocolo de Aumento de Ventana de Tolerancia", creado por Begoña Aznárez en 2011. Éste, supone una variación sobre el protocolo estándar de Francine Shapiro y se incorpora para trabajar exclusivamente con la desensibilización de la narrativa basada en la línea de vida construida entre paciente y profesional durante la evaluación. Hemos comprobado que esta es una manera sumamente eficaz de revertir los dos grandes efectos de la disociación: la fobia a la reexperimentación y la fobia entre partes. El objetivo es situar al paciente en el estado afectivo óptimo para que la intervención sea efectiva. Se aplica con estimulación bilateral auditiva.

Esta forma de trabajar garantiza la atención dual necesaria para procesar e integrar experiencias traumáticas.

Además, trabajar de esta manera con la línea de vida facilita al clínico la selección de las dianas con las que se va a trabajar en las siguientes sesiones.

También en esta fase, se instalan recursos positivos con el fin de ir aproximando la técnica al paciente, que el clínico vaya recogiendo información sobre cómo procesa y para que el paciente disponga de una herramienta de autorregulación. Todo ello se lleva a cabo en 4 sesiones.

Fase 2. Trabajo con el pasado: esta fase supone 5 sesiones. La primera de ellas es muy importante y especial. Es la llamada "sesión de construcción de ICES". Constituye un momento clave para la psicoterapia pues en ella se construyen, junto con el paciente, los ICES (acrónimo de *Input* sensorial, Cognición, Emociones y Sensaciones, que son los elementos de la experiencia que estructuran la diana sobre la que vamos a aplicar la técnica de EMDR) con los que vamos a trabajar posteriormente. Constituye un momento crucial, que influye en la posibilidad de hacer que el proceso de intervención sea breve, pues es donde reside la oportunidad de escoger aquellos acontecimientos que resulten clave para hacer foco en el conflicto que se ha seleccionado durante la evaluación. Esta es la base del modelo de intervención en Psicoterapia Breve Enfocada en el Conflicto.

Tras haber seleccionado las dianas, se procede a trabajar con ellas según protocolo básico de EMDR.

Fase 3. Trabajo con los disparadores del presente: conlleva otros 4 días utilizar protocolo básico

con aquellos acontecimientos diana que constituyen el pasado más reciente o lo que dispara en la actualidad.

Fase 4. Trabajo con la ansiedad anticipatoria asociada al futuro: en esta fase se utiliza un Protocolo a Futuro específico. Se seleccionan dos objetivos que representan lo que el paciente considera difícil de enfrentar incluso después de todo lo que se ha trabajado durante los últimos meses. Se busca e "instala" la cognición "soy capaz" y, como resultado, esta fase es realmente empoderante y satisfactoria. Se lleva a cabo en dos sesiones.

- **Cierre:** Esta última sesión es muy importante pues en ella el objetivo es resignificar la narrativa original con la que llegó la paciente a la consulta. La "línea de vida" se utiliza nuevamente para guiar la narrativa. Se buscan nuevas explicaciones y significados, así como nuevas formas de enfrentar los retos de la vida cotidiana.

Supervisiones: como ya se ha comentado, los psicoterapeutas participantes en el estudio fueron supervisados por Begoña Aznárez. Las reuniones de supervisión se llevaron a cabo de manera individual y grupal.

Las individuales se organizaron al menos en cinco momentos durante el tratamiento de las pacientes: una después de la sesión 3 de la evaluación y otra después de finalizarla para preparar el informe. La tercera después de la sesión dedicada a construir los ICES, la cuarta durante el trabajo con el pasado y la última antes de la sesión de cierre.

Las grupales tuvieron una periodicidad de una al mes.

Medidas:

La evaluación de los resultados fue realizada por dos internistas independientes no relacionados con el equipo de intervención. Ninguno de los terapeutas desempeñó un papel en la realización de las encuestas a los participantes ni vio los resultados.

Se registraron las siguientes variables:

Variables demográficas y clínicas como género y edad, nivel educativo, tiempo de evolución de la FM, comorbilidades psiquiátricas y tratamiento médico.

La evaluación de la situación clínica de las pacientes se llevó a cabo mediante la administración de diferentes pruebas validadas.

La intensidad del dolor se evaluó utilizando las siguientes escalas:

- **Escala Analógica Visual para el dolor (EVA dolor):** La EVA Dolor consiste en una línea horizontal recta, generalmente de 10 cm de longitud, anclada entre 2 descriptores verbales: "ningún dolor" en el lado izquierdo y "dolor insoportable" en el lado derecho. Las puntuaciones se interpretan de la siguiente manera: ningún dolor (0-2), dolor leve (2-4), dolor moderado (4-6), dolor severo (6-8) y dolor máximo (8-10). Esta medida evalúa la intensidad del dolor percibido en las últimas 2 semanas.
- **Inventario Breve del Dolor:** Esta herramienta evalúa la intensidad y las características del dolor y la evaluación de su impacto en aspectos importantes de la calidad de vida del paciente. La gravedad del dolor se determina mediante ítems en una escala de 0 a 10 para el peor dolor, el menor dolor y el dolor promedio sentido durante las últimas 24 horas, así como el dolor actual. Las puntuaciones de estos cuatro ítems de gravedad del dolor se utilizan para calcular la puntuación de gravedad del dolor, lo que da como resultado un rango de puntuación de gravedad del dolor de 0 a 40. La interferencia del dolor se determina preguntando sobre el efecto del dolor en siete dominios (nivel de actividad en general, capacidad para caminar, estado de ánimo, trabajo regular, capacidad para dormir, relaciones con otras personas y disfrutar de la vida) en una escala de 0 a 10 y calculando la suma de las puntuaciones de los siete ítems de 0 a 70 (Cleeland & Ryan, 1994).
- **Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF):** Es una escala autoadministrada de 10 ítems para medir la discapacidad física debida a la FM en la última semana. Puntuaciones más altas indican un mayor impacto en el funcionamiento (Bennet et al., 2009).

La fatiga se evaluó utilizando el **Inventario Multidimensional de Fatiga (CMF-20)**. Este cuestionario consta de 20 ítems divididos en cinco subescalas: fatiga general, fatiga física, actividad reducida, motivación reducida y fatiga mental, que van de 20 a 100, con puntuaciones más altas que indican una fatiga más severa (Smets, Garssen, Bonke & De Haes, 1995).

Los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático se evaluaron utilizando el **PCL-5**. Contiene 20 ítems que se corresponden directamente con los criterios de síntomas del DSM-5 para el TEPT. Se pidió a los participantes que utilizaran una escala de Likert de 5 puntos que iba desde 0 (nada en absoluto) hasta 4 (extremadamente) para indicar cuánto les habían molestado cada síntoma en el último mes, calificando sus respuestas en relación a los síntomas derivados de su peor evento previamente designado. Puntuaciones más altas en el PCL-5 indican una sintomatología de TEPT más grave (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996).

La ansiedad se evaluó utilizando la **Escala de Ansiedad de Hamilton**, una escala para evaluar globalmente la gravedad de la ansiedad compuesta por 14 ítems, con puntuaciones de 0 a 4 puntos

cada uno, evaluando tanto la intensidad como la frecuencia de los síntomas de ansiedad. La escala proporciona una puntuación total según el nivel de ansiedad.

La depresión se evaluó administrando la **Escala de Evaluación de Hamilton para la Depresión (HAM-D)**. Consta de 17 ítems. Es una escala de entrevista semiestructurada en la que el observador evalúa lo siguiente: nueve ítems (estado de ánimo depresivo, sentimiento de culpa, ideación suicida, trabajo y actividad, retraso o agitación psicomotora, ansiedad mental, ansiedad física e hipocondría), que se califican de 0 a 4 puntos; siete ítems (insomnio temprano, intermedio y tardío, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales y conciencia) que se califican de 0 a 2 puntos; y un ítem para la pérdida de peso calificado de 0 a 3 puntos.

Los datos se recopilaron al inicio y al final del tratamiento o después de 6 meses de período en lista de espera.

Aspectos éticos:

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario Puerta de Hierro y la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla. Además, se observaron todos los elementos en la Declaración de Helsinki. Se solicitó el consentimiento informado por escrito a todos los participantes. Antes de dar su consentimiento, se proporcionó a los pacientes una descripción general de las características y objetivos del estudio. Una vez transcurridos los 6 meses de seguimiento de cada paciente perteneciente al grupo de control, se ofreció y administró el tratamiento EMDR a dicho grupo. Este estudio fue registrado en la plataforma ISRCTN (número de registro ISRCTN15169107).

Análisis de datos:

Dado que se estableció como un estudio piloto, el tamaño de la muestra no fue considerado. Debido a la disponibilidad inicial de 15 psicoterapeutas, los investigadores decidieron incluir a 15 pacientes en el grupo de tratamiento y a 15 pacientes en el grupo de lista de espera.

Las variables cuantitativas se definieron mediante la media y la desviación estándar. En el análisis univariado, se evaluaron las diferencias utilizando la prueba t de Student o la prueba de Mann-Whitney o Wilcoxon para variables que no tenían una distribución normal. Las variables cualitativas se definieron por frecuencia y sus diferencias se analizaron utilizando la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS v17 (SPSS, Inc. Chicago, Illinois, EE. UU.).

RESULTADOS:

Entre octubre de 2017 y marzo de 2019, los dos internistas evaluaron 49 pacientes para determinar su elegibilidad para participar en el estudio. De esos 49, 12 quedaron excluidos.

Así, inicialmente, se incluyeron y asignaron al azar 37 pacientes; 20 se asignaron al grupo de intervención y 17 al grupo de control. Tres pacientes interrumpieron el tratamiento de intervención en la primera sesión, lo que hizo que, finalmente, 32 pacientes (17 en el grupo de intervención y 15 en el grupo de control) completaran el tratamiento de intervención y el período de seguimiento, respectivamente.

La Figura 1 muestra el diagrama de flujo del estudio.

Las características demográficas y clínicas iniciales se muestran en la **Tabla 1**. Los dos grupos eran comparables sin diferencias significativas entre ellos. Según los resultados, ambos mostraron resultados consistentes con síntomas físicos y psicológicos graves relacionados con la FM.

Los cambios que tuvieron lugar durante el tratamiento frente al periodo de permanencia en espera de ser atendidos se muestran en la **Tabla 2**. Tras la intervención, se observó una significativa reducción de la severidad en todos los parámetros evaluados en el grupo de intervención en comparación con el grupo control que no mostró cambios significativos tanto en su estado físico como en el psicoemocional.

Tras analizar los resultados del grupo de tratamiento, observamos un subgrupo con una respuesta clínicamente significativa en los valores relacionados con síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), (estimando un descenso de 20 puntos o más en las puntuaciones del PCL-5 como ya ha sido previamente considerado (Bovin et al., 2016).

A las pacientes de este subgrupo las calificamos de "respondedoras". 11 de 17 pacientes (el 67%), fueron consideradas respondedoras a este tipo de Intervención en Psicoterapia Breve utilizando EMDR.

La **Tabla 3** muestra un descenso significativo en todas las escalas en el grupo de las respondedoras. En relación a las no respondedoras, solo se observa una ligera mejoría en depresión.

Posteriormente, 14 de las 15 pacientes del grupo control fueron tratadas con el mismo protocolo. Los resultados aparecen en la **Tabla 4**. De esas 14 pacientes, 7 mostraron una respuesta clínicamente significativa en relación a los síntomas de TEPT. Se encontró también un descenso significativo de los valores en las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton dentro del grupo de las respondedoras

frente a las no respondedoras. En el resto de las escalas, los valores fueron esencialmente los mismos que los obtenidos previamente en el grupo tratamiento.

No hubo cambios en los tratamientos médicos de las pacientes mientras se llevó a cabo el estudio. Y no se reportaron efectos secundarios significativos relacionados con el uso de EMDR.

DISCUSIÓN

Los pacientes diagnosticados de FM constituyen un gran reto para los profesionales de la salud debido a la alta comorbilidad que presentan y los síntomas difíciles de explicar (Higgs, 2018). El tratamiento habitual trata de aliviar algunos de los síntomas que manifiestan y mejorar su calidad de vida, pero, actualmente, no existe cura.

En líneas generales, se recomienda tratamiento farmacológico con antidepresivos y/o gabapentinoides, y psicoterapia, sobre todo, psicoterapia cognitivo conductual. La terapia cognitivo conductual ofrece, sin embargo, escasos beneficios comparados con grupos control a la hora de aliviar el dolor, mejorar el estado de ánimo y reducir la discapacidad, tanto al final del tratamiento como del seguimiento a largo plazo (Macfarlane et al., 2018).

EMDR ha sido considerada por la OMS como la herramienta de primera elección en el tratamiento del TEPT (WHO, 2013), debido a su eficacia en la disminución de síntomas clínicos. Esto se ha podido evidenciar en diferentes metaanálisis con adultos (Davidson & Parker, 2001; Seidler & Wagner 2006; Cusack et al., 2016; Chen, Zhang, Hu & Liang, 2015; Tesarz, et al., 2014).

Hasta la fecha, se han llevado a cabo varios estudios no controlados que utilizan EMDR para el alivio del dolor en diferentes enfermedades (Brennstuhl & Tarquinio, 2012; Ritchter, 2001; Tesarz, et al., 2014). Estos estudios sugieren que EMDR puede ser una herramienta prometedora como opción de uso en los tratamientos de enfermedades que cursan con dolor crónico. No obstante, la mayoría de dichos estudios son observacionales y se caracterizan por estar formados por grupos pequeños y heterogéneos, sin aleatorizar, y con la ausencia de los adecuados grupos de control. De hecho, solo un pequeño estudio fue llevado a cabo para evaluar la eficacia de EMDR con pacientes diagnosticados de FM (Kavaki, Semiz & Kaptanoglu, 2011).

Según los datos que manejamos, este es el primer Ensayo Controlado Aleatorizado (RCT en su siglas en inglés) que demuestra que una intervención psicoterapéutica breve con EMDR como herramienta principal para el tratamiento del trauma, proporciona una mejora significativa en el estado físico y mental de pacientes diagnosticadas de FM; y que esa mejoría está relacionada con el alivio de los

síntomas relacionados con el TEPT.

Consideramos que nuestros hallazgos tienen importantes implicaciones en la práctica clínica, proporcionando nuevos y relevantes descubrimientos clínicos relacionados con la etiología y el tratamiento de la FM:

1. Aunque el TEPT es considerado frecuente y presentando comorbilidad con la FM, no se le da prioridad a la hora de la indicación de tratamiento.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, sin embargo, refuerzan el hecho de que parece imprescindible evaluar la presencia de TEPT en los pacientes con FM debido a su alta prevalencia; así como su posterior consideración como principal objetivo terapéutico.

Nos parece muy necesario reconocer la evidencia que muestra que el trauma psíquico es un determinante crítico presente en el desarrollo, mantenimiento y cronificación de la FM. Tener esto en cuenta proporciona importantes opciones terapéuticas.

2. Nuestros resultados refuerzan la relación entre TEPT y FM que ya había sido anteriormente descrita (Peres, Gonçalves & Peres, 2009).

Se sabe que el trauma psicológico provoca la desregulación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, vinculado a la secreción desmedida de cortisol y a mecanismos epigenéticos (Cohen et al., 2002; Burke, Finn, McGuire y Roche, 2017). Por lo tanto, las terapias psicológicas enfocadas en el procesamiento adaptativo de experiencias traumáticas pueden mejorar tanto los síntomas somáticos como los psicológicos y podrían ser una opción de tratamiento innovadora para la FM.

También es destacable la organización del equipo de intervención. Se basó en un protocolo estandarizado y en la supervisión periódica de los psicoterapeutas por parte de un coordinador experto. De hecho, los resultados del tratamiento fueron similares en ambos grupos, por lo que parece que este modelo es reproducible y exportable. Además, aunque algunos de los psicoterapeutas eran novatos y tenían experiencia limitada en el uso de EMDR, el protocolo fue igualmente efectivo. Esto apoya la idea de un modelo fácil de replicar.

Este ensayo tiene algunas limitaciones, primero el tamaño reducido de la muestra. Además, el estudio no fue ciego, por lo que podría haber un efecto placebo, pero los resultados son congruentes con la hipótesis y hubo una mejora clínica en los síntomas físicos solo en los pacientes que respondieron al

tratamiento del TEPT.

Solo registramos resultados a corto plazo y no tenemos datos sobre la evolución a largo plazo de los pacientes. Se necesitaría un ensayo clínico aleatorizado (ECA) más grande, que utilice este enfoque psicoterapéutico para el tratamiento de la FM. De hecho, hay algunos estudios en curso que agregarán más evidencia (Yavn, Amital, Watad, Tiosano y Amital, 2018; Gardoki-Souto, et al., 2021). Finalmente, a pesar del creciente número de estudios que se han publicado en los últimos años, la investigación sobre los mecanismos subyacentes de la terapia EMDR es escasa.

CONCLUSIÓN:

Debido a los resultados obtenidos en este estudio, podemos concluir que aquellos pacientes con FM en los que está presente el TEPT concomitante requieren una intervención específica sobre los síntomas relacionados con el trauma.

Por lo tanto, la inclusión de un cribado preliminar para confirmar el TEPT en estos pacientes parece ser absolutamente necesaria. La hipótesis inicial de este estudio, que vincula el sufrimiento emocional traumático de estos pacientes (experimentado en el pasado y no procesado) con el dolor físico, se confirma. El protocolo específico diseñado y utilizado en este estudio ha demostrado ser lo suficientemente eficiente como para considerarse una buena herramienta. Su replicabilidad y el hecho de que tenga solo unas pocas variaciones respecto al protocolo estándar de Shapiro, lo convierten en una buena opción.

Dirección de contacto: psicosomatica@psicociencias.com

REFERENCIAS:

Bennett RM, Friend R, Jones KD, Ward R, Han BK, Ross rL. (2009). The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Res Ther*, 11, (4), R120.

Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, CD003388. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>.

Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) *Behav Res Ther*, 34, (8),669–673. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00033-2](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(96)00033-2).

Boisset-Piolo MH, Esdaile JM, Fitzcharles MA. (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*, 38, 235-41. <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780380212>.

Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, Keane TM (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychol Assess*, 28, (11), 1379-1391. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000254>.

Brennstuhl MJ, Tarquinio C. (2012). Effects of an EMDR protocol for the treatment of chronic back pain. *Psychol Health*, 27, 167-168. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388>.

Burke NN, Finn DP, McGuire BE, Roche M. (2017). Psychological stress in early life as a predisposing factor for the development of chronic pain: clinical and preclinical evidence and neurobiological mechanisms. *J Neurosci Res*, 95, 1257–70. <http://dx.doi.org/10.1002/jnr.23802>.

Castro I, Barrantes F, Tuna M, Cabrera G, Garcia C, Recinos M, Espinoza LR, Garcia-Kutzbach (2005). Prevalence of abuse in fibromyalgia and other rheumatic disorders at a specialized clinic in rheumatic diseases in Guatemala City. *J Clin Rheumatol*, 11, 140-45. <http://dx.doi.org/10.1097/01.rhu.0000164823.78761.a2>.

Chen YR, Hung KW, Tsai JC, Chu H, Chung MH, Chen SR, Liao YM, Ou KL, Chang YC, Chou KR (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 9, e103676. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0103676>.

Chen L, Zhang G, Hu M, Liang X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*, 203, 6, 443–51. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000306>.

Ciccone DS, Elliott DK, Chandler HK, Nayak S, Raphael KG. (2005). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis. *Clin J Pain*, 21, 378-86. <http://dx.doi.org/10.1097/01.ajp.0000149796.08746.ea>.

Cleeland CS, Ryan KM. (1994). Pain assessment: global use of the Brief PainInventory. *Ann Acad Med Singapore*, 23, (2),129–38.

Cohen H, Neumann L, Haiman Y, Matar MA, Press J, Buskila D. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndrome or post-traumatic fibromyalgia syndrome. *Semin Arthritis Rheum*, 32, 38-50. <http://dx.doi.org/10.1053/sarh.2002.33719>.

Cusack K, Jonas DE, Forneris CA. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 43:128-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>.

Davidson PR, Parker KCH. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 69, (2), 305–16. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.69.2.305>.

Edwards RR, Bingham C, Bathoon J, Haythornthwaite JA. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia and other rheumatic diseases. *Arthritis Rheum*,55, 325-32. <http://dx.doi.org/10.1002/art.21865>.

Fietta P, Fietta P, Manganelli P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed*, 78, 88-95.

Gardoki-Souto I, Martín de la Torre O, Hogg B, Redolar-Ripoll D, Valiente-Gómez A, Martínez Sadurní L, Blanch JM, Lupo W, Pérez V, Radua J, Amann BL, Moreno-Alcázar A. Augmentation of EMDR with multifocal transcranial current stimulation (MtCS) in the treatment of fibromyalgia: study protocol of a double-blind randomized controlled exploratory and pragmatic trial. *Trials*. 29, 22, (1):104. doi: 10.1186/s13063-021-05042-w.

Gerhardt A, Leisner S, Hartmann M, Janke S, Seidler GH, Eich W, Tesarz J. (2016). Eye movement desensitization and reprocessing vs treatment as usual for non-specific chronic back pain patients with psychological trauma: A randomized controlled pilot study. *Front Psychiatry*, 20, 7:201. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2016.00201>.

Goldberg RT, Pachas WN, Keith D. (1999). Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabil Rehabil*, 21, 23-30. <http://dx.doi.org/10.1080/096382899298061>.

Hauser W, Galek A, Erbsloh-Moller B, Köllner V, Kühn-Becker H, Langhorst J, Petermann F, Prothmann U, Winkelmann A, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H. (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms and impact on clinical outcome. *Pain*, 154, 1216-1223. <http://dx.doi.org/10.1007/s00482-013-1323-0>.

Higgs JB, Fibromyalgia in primary care. (2018) *Prim Care Clin Off Pract*, 45, (2), 325–41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2018.02.008>.

Imbierowicz K, Egle UT. (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and Somatoform pain disorder. *European J Pain*, 7, 113-19. [http://dx.doi.org/10.1016/S1090-3801\(02\)00072-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1090-3801(02)00072-1).

Kavaki O, Semiz M, Kaptanoglu E. (2012). EMDR treatment in fibromyalgia, a study of seven cases. *Anatolian J Psychiatry*, 13, 75-81.

Queiroz, LP, (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia topical collection on fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*,17, 356. <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-013-0356-5>. Lancaster CL, Teeters JB, Gros DF, Back SE. (2016). Posttraumatic stress disorder: Overview of evidence-based assessment and treatment. *J Clin Med*, 5, 105. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm5110105>.

Landin-Romero R, Moreno-Alcazar A, Pagani M, Amann BL. (2018). How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action. *Front Psychol*, 9: 1395. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>.

Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, Choy E, Kosek E, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy GM, Makri S, Perrot S, Sarzi-Puttini P, Taylor A, Jones GT (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*, 76, (2), 318-328. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>.

Peres JFP, Gonçalves AL, Peres MFP. (2009). Psychological trauma in chronic pain: implications of PTSD for fibromyalgia and headache disorders. *Curr Pain Headache Rep*. 13, 350–7. <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-009-0057-2>.

Raphael KG, Natelson BH, Janal MN, Nayak S. (2002). A community-based survey of fibromyalgia-like pain complaints following the World Trade Center terrorist attacks. *Pain*, 100,131-39. [http://dx.doi.org/10.1016/s0304-3959\(02\)00273-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0304-3959(02)00273-7).

Ritchter SE, (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and chronic back pain management: A multiple single case study. Chicago: Argosy University.

Seidler GH, Wagner FE. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a metaanalytic study. *Psychol Med*, 36, (11), 1515. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706007963>.

Shapiro F, (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures. New York. Guilford Press.

Sherman JJ, TurkDC, Okifuji A. (2000). Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain*, 16, 12734. <http://dx.doi.org/10.1097/00002508-200006000-00006>.

Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 315–25. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)00125-o](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)00125-o).

Smikun L, (2009). The efficacy of combined treatment of EMDR and sleep therapy to manage chronic back pain and sleep difficulties. Chicago: Argosy University.

Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME. (1995). The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 38, 229-34. <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780380211>.

Tesarz J, Leisner S, Gerhardt A, Janke S, Seidler GH, Eich W, Hartmann M. (2014). Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: a systematic review. *Pain Medicine*, 15, 247-263. <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12303>

Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med*, 59,572-77. <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-199711000-00002>.

Watkins LE, Sprang KR, Rothbaum BO. (2018). Treating PTSD. A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Front Behav Neurosci*, 12, 258.

<http://dx.doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>.

WHO, (2013). Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress. Geneva: World Health Organization; Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf;jsessionid=A87FC4134F1F50FE3F66C587868D2F32?sequence=1.

Winfield JB, (2000). Psychological determinants of fibromyalgia and related syndromes. *Curr Rev Pain*, 4, (4), 276-86. <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-000-0104-5>.

Winfield JB, Does pain in fibromyalgia reflect somatization? (2001). *Arthritis Rheum*, 44, 751-3. <http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131>.

Yavne Y, Amital D, Watad A, Tiosano S, Amital H. (2018). A systematic review of precipitating physical and psychological traumatic events in the development of fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum*, 48, 121–33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.12.011>.

FIGURA 1

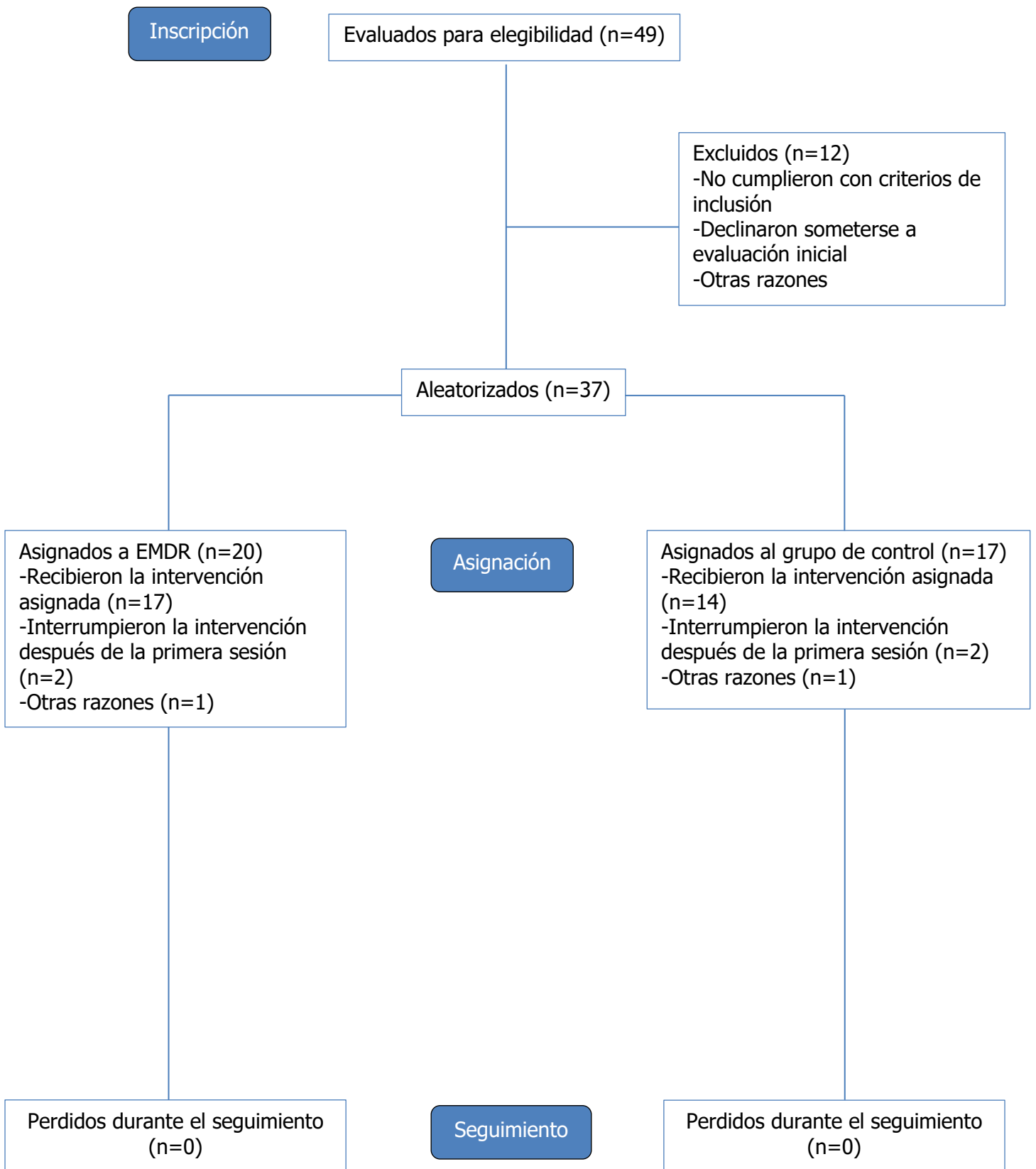


Tabla 1. Características iniciales de los pacientes

	Total	Tratamiento	Control	p
Edad Media (SD)	48,6 (11,14)	47,8 (10,7)	49,5 (11,9)	0,6
Tiempo medio de evolución de la enfermedad (SD) ¹	18,1 (11,8)	16,2 (11,9)	19,9 (11,8)	0,4
<i>Nivel educativo</i>				
• Primaria y secundaria	8	4	4	0,3
• Secundaria superior	18	8	10	0,7
• Universitario	6	4	2	0,2
<i>Comorbilidades psiquiátricas</i>				
• Ansiedad	24	13	11	0,3
• Depresión	22	12	10	0,1
<i>Trauma principal</i>				
• Abuso sexual	10	6	4	0,5
• Abuso físico	12	5	7	0,2
• Trastorno de apego reactivo (TAR)	15	9	6	0,6
<i>Tratamiento médico</i>				
• Antidepresivos	22	9	13	0,1
• Benzodiacepinas	20	11	9	0,6

• Opioides	9	5	4	0,8
• Pregabalina	9	3	6	0,2

Estado clínico inicial medio

• Severidad del BPI	25,2 (5,6)	25,7 (5,1)	24,7 (6,3)	0,6
• Interferencia del BPI	54,2 (10,5)	54 (11,9)	54,4 (9,3)	0,9
• FIQ	77,9 (10,9)	75,9 (12,6)	79,9 (8,9)	0,3
• Fatiga	90,1 (8,7)	89 (9,1)	91,1 (8,4)	0,4
• VAS	7,8 (1,3)	8,2 (1)	7,4 (1,5)	0,09
• PCL	61,1 (9,6)	61,1 (9)	61,1 (10,3)	0,8
• Depresión de Hamilton	21,1 (5,1)	20,6 (5,4)	21,6. (4,9)	0,5
• Ansiedad de Hamilton	41,2 (6,7)	40,8 (6,2)	41,6 (7,3)	0,7

Tabla 2. Resultados clínicos después de la intervención clínica comparados con el grupo en lista de espera

Estado clínico	Momento	Grupo de tratamiento		Grupo de control	
		Media (SD)	p-valor	Media (SD)	p-value
Severidad del BPI	Basal	25,7 (5,1)	0,01	24,7 (6,3)	0,6
	Post	17,6 (10,7)		25,4 (8,9)	
Interferencia del BPI	Basal	54 (11,9)	0,001	54,4 (9,3)	0,05*
	Post	33,7 (20,9)		47,6 (14,8)	
FIQ	Basal	75,9 (12,6)	0,007	79,9 (8,9)	0,5
	Post	49,5 (27,9)		75,3 (19,7)	
Fatiga	Basal	89 (9,1)	0,003	91,1 (8,4)	0,7
	Post	60,9 (31,9)		86,6 (18,5)	
VAS	Basal	8,2 (1)	0,002	7,4 (1,5)	0,6
	Post	4,7 (3,2)		7,1 (2,1)	
PCL	Basal	61,1 (9)	< 0,0001	61,1 (10,3)	0,8
	Post	36,3 (14,9)		60,5 (12,3)	
Depresión de Hamilton	Basal	20,6 (5,4)	0,001	21,6. (4,9)	0,5
	Post	9,8 (6,5)		21,1 (6,6)	
Ansiedad de Hamilton	Basal	40,8 (6,2)	< 0,0001	41,6 (7,3)	0,3
	Post	21,9 (14,7)		39,9 (7,8)	

* Un paciente muestra un valor atípico (disminución de 40 puntos en la escala BPI). Si se excluye este valor, p= 0.08.

Tabla 3. Resultados clínicos comparando pacientes respondedores vs no respondedores (grupo de tratamiento)

Estado clínico	Momento	Respondedores TEPT (n = 11)		No-respondedores TEPT (n = 6)	
		Media (SD) valor	p-valor	Media (SD) valor	p-valor
Severidad del BPI	Basal	27 (5,5)	< 0,0001	23,3 (3,4)	0,04
	Post	12,9 (10,1)		26,2 (4,9)	
Interferencia del	Basal	52,9 (10,2)	< 0,0001	56 (15,4)	0,3
	Post	23,2 (16,2)		53 (13,5)	
FIQ	Basal	78,6 (10,8)	< 0,0001	71 (15,1)	0,8
	Post	37,3 (26,4)		71,9 (13,2)	
Fatiga	Basal	90,6 (7,7)	0,003	86 (11,4)	0,2
	Post	51,4 (33)		78,3 (22,9)	
VAS	Basal	8,3 (1,2)	< 0,0001	8 (0)	0,7
	Post	3,1 (2,5)		7,6 (2,1)	
Depresión de Hamilton	Basal	21,2 (6)	0,006	19,7 (4,4)	0,05
	Post	7,5 (6)		14 (5,7)	
Ansiedad de Hamilton	Basal	40,4 (6,9)	< 0,0001	41,5 (5,3)	0,1
	Post	15,3 (10,4)		34 (14,3)	

Tabla 4. Resultados clínicos después de la intervención en el grupo en lista de espera

Estado clínico	Momento	Respondedores TEPT (n = 7)		No-Respondedores TEPT (n = 7)	
		Media (SD)	p-valor	Media (SD)	p-valor
Severidad del BPI	Basal	23,3 (11,5)	0,03	25,3 (5,7)	0,06
	Post	12,7 (10,4)		17,6 (8,7)	
Interferencia del BPI	Basal	42,6 (16,6)	0,1	47,6 (13,8)	0,1
	Post	26 (20,8)		36,7 (19,7)	
FIQ	Basal	69,3 (24,1)	0,04	74,7 (16,4)	0,1
	Post	42 (30,6)		63,6 (21,4)	
Fatiga	Basal	80,9 (25,7)	0,03	87,1 (11,8)	0,9
	Post	58,6 (34,1)		87 (9,8)	
VAS	Basal	6,6 (3,2)	0,03	7,2 (1)	0,09
	Post	4,3 (3,1)		5,7 (1,4)	
Depresión de Hamilton	Basal	19,9 (9,4)	0,02	21,9 (4,6)	0,03
	Post	8,7 (6,2)		17 (5,6)	
Ansiedad de Hamilton	Basal	39,6 (8,7)	0,002	37,7 (6,8)	0,03
	Post	23 (11,8)		32 (9,8)	