

Tratamiento del trauma psicológico en personas con fibromialgia mediante protocolos EMDR en el Sistema Nacional de Salud

*Treatment of psychological trauma in people with fibromyalgia
through EMDR protocols in the National Health System*

Rafael del Val Muedra

Psicólogo Interno Residente en Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV).
Máster en terapias psicológicas de tercera generación y psicoterapeuta EMDR nivel I

Idoia Zorrilla Larrainzar

Doctora en Psicología. Docente en Universidad Internacional de Valencia (VIU).
Consultora Senior EMDR Europa

Resumen

La fibromialgia es una condición médica caracterizada por dolor crónico, fatiga, síntomas afectivos y ansiosos, entre otros. El abordaje terapéutico de esta patología presenta diversas barreras, como el desconocimiento de su etiología. Se sugiere en la literatura disponible la implicación de factores tanto biológicos como psicológicos, incluyendo la historia de trauma psicológico en la infancia.

La evidencia científica aboga por una intervención multicomponente que conjugue tratamiento farmacológico, ejercicio físico y terapia psicológica. La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) ha demostrado su eficacia en el tratamiento del trauma psicológico.

Teniendo esto en cuenta, existe sólida evidencia empírica que avala la eficacia de EMDR para el tratamiento de la sintomatología traumática en pacientes con fibromialgia, cuyos componentes inciden de manera específica en el tratamiento de los síntomas somáticos y emocionales presentes en dicha patología.

Este artículo tiene por objetivo profundizar en el estado de la cuestión y proponer una vía de intervención basada en EMDR para el tratamiento de la sintomatología traumática en pacientes diagnosticados de fibromialgia en el contexto del SNS.

Palabras clave: fibromialgia, trauma psicológico, dolor crónico, Sistema Nacional de Salud, EMDR

Abstract

Fibromyalgia is a medical condition characterized by chronic pain, fatigue, affective and anxious symptoms, among others. The therapeutic approach to this pathology presents various barriers, such as ignorance of its etiology. The available literature suggests the involvement of both biological and psychological factors, including a history of psychological trauma in childhood.

Scientific evidence advocates a multicomponent intervention that combines pharmacological treatment, physical exercise, and psychological therapy. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy has been shown to be effective in the treatment of psychological trauma. Taking this into account, there is solid empirical evidence that supports the efficacy of EMDR for the treatment of traumatic symptoms in patients with fibromyalgia, whose components specifically affect the treatment of the somatic and emotional symptoms present in said pathology.

This article aims to delve into the state of the art and propose an intervention path based on EMDR for the treatment of traumatic symptoms in patients diagnosed with fibromyalgia in the context of the SNS.

Keywords: fibromyalgia, psychological trauma, chronic pain, National Health System, EMDR

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Entre las dolencias que mayores consultas médicas requieren encontramos aquellas que cursan con dolor crónico. Este síntoma es de especial relevancia en el síndrome de fibromialgia (SFM). Por la sintomatología que la caracteriza (dolor, fatiga, dificultades en el descanso nocturno, síntomas depresivos, entre otros) se trata de una enfermedad altamente incapacitante, afectando a las principales áreas vitales del paciente (Esteban et al., 2020; Navarrete, 2022). Además, presenta una elevada prevalencia, alcanzando un 2,4% de afectados en España. Los costes económicos que supone

se han estimado en más de 12.993 millones de euros anuales en nuestro país (Meseguer et al., 2017). A estos datos cabe añadir que, a día de hoy, no se conoce una causa concreta de la fibromialgia, con las dificultades que eso conlleva en la comprensión de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios, la frustración en el paciente, y la repercusión en su adecuado tratamiento (Torres, 2015). Teniendo esto en cuenta, el abordaje de la fibromialgia por parte del SNS de España supone un reto complicado, y actualmente sin resolver satisfactoriamente.

Entre los factores que pueden estar implicados en la manifestación y mantenimiento de la enfermedad se encuentran los factores psicológicos relacionados con el estrés y los episodios de vida traumáticos (Kaleycheva et al., 2021). Este conocimiento ha abierto una puerta en cuanto a nuevas vías de tratamiento de la fibromialgia, poniendo el foco, más allá de los síntomas físicos, en la salud mental de los pacientes (Uclés-Juárez et al., 2020). Actualmente existe una tendencia en nuestra sociedad a visibilizar y reconocer la importancia de los problemas y trastornos relacionados con la salud mental. Consecuentemente, se está dotando de más recursos humanos al sector de salud mental del SNS de nuestro país, con la incorporación de más psicólogos especialistas en psicología clínica en los diferentes servicios de salud, y en especial, en atención primaria, un entorno hasta ahora caracterizado por la ausencia de la figura del psicólogo. Se presenta, por tanto, la oportunidad de implantar nuevos programas de intervención, desde un enfoque psicológico, para el tratamiento de enfermedades como la fibromialgia.

El abordaje clínico de los pacientes con fibromialgia comprende desde el tratamiento farmacológico (pautando analgésicos, relajantes musculares, antidepresivos, ansiolíticos, o hipnóticos), a la instauración de rutinas de ejercicio físico, o la terapia psicológica (García et al., 2016). Dentro de este último componente del tratamiento, destaca, por la mayor evidencia científica de su eficacia, la terapia cognitivo conductual (TCC). No obstante, el aumento de estudios que relacionan la fibromialgia con la historia de trauma psicológico a temprana edad abre un nuevo campo de terapias posibles, entre las que destaca EMDR (Fiszson Herzberg et al., 2021).

EMDR es un abordaje de psicoterapia que ha demostrado amplia eficacia en el tratamiento del trauma psicológico (Shapiro, 2014). Existen actualmente diversas modificaciones del protocolo básico para su aplicación en diferentes problemáticas, incluyendo el dolor crónico (Grant, 2010). Así mismo, se encuentra en desarrollo un protocolo EMDR específico para su aplicación en pacientes con fibromialgia, que focaliza la intervención en la historia de trauma de la persona (Aznárez, 2022).

En este artículo nos hemos planteado como objetivos principales revisar el estado de la cuestión relativo a la materia expuesta, y proponer una adaptación de protocolo de intervención para su aplicación con pacientes de fibromialgia en el contexto del SNS.

FIBROMIALGIA

Conceptualización del trastorno, sintomatología y diagnóstico

La fibromialgia se define como una enfermedad crónica de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de **dolor crónico** musculoesquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos según documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología (Rivera et al, 2006). Además, puede presentar otros síntomas como fatiga, alteraciones en el descanso nocturno, cefaleas, rigidez articular, ansiedad, depresión, problemas de concentración y memoria (Esteban et al., 2020; Navarrete, 2022).

Pese a lo controvertido de este diagnóstico, por sus características particulares, el desconocimiento de sus mecanismos etiopatogénicos, y la ausencia de un tratamiento curativo, desde el año 1992 fue reconocido el término por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y recogido en su manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (a partir de la CIE-9, 7ª edición 2010). De este modo pudo comenzar a estudiarse con mayor consenso y rigor científico, con el fin de acumular conocimiento, y aproximarse en lo posible a líneas terapéuticas que pudieran aliviar el sufrimiento, si no eliminarlo, de estos pacientes. En cuanto a las clasificaciones diagnósticas actuales, podemos encontrar la fibromialgia en la CIE-11, con el código MG30.01 incluida en el apartado de dolor generalizado crónico (OMS, 2021). Respecto a la última edición de clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el DSM-5, las únicas referencias a la fibromialgia se encuentran en el capítulo de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, en los apartados de diagnóstico diferencial y de factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, y entre las comorbilidades del trastorno de insomnio (APA, 2014).

Debido a la ausencia de una prueba objetiva de la enfermedad, como pudieran ser resultados analíticos, de imagen o anatomo-patológicos, el **diagnóstico** se realiza desde el criterio clínico. Para realizar un diagnóstico preciso de fibromialgia es necesaria la exploración exhaustiva a nivel físico. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) establece como criterios diagnósticos un valor del índice de dolor generalizado (Widespread Pain Index, WPI) mínimo de 7, con una gravedad puntuada mayor de 5 en la escala de severidad de los síntomas (SS), o un WPI de 3 a 6, con una gravedad mínima de 9. Además, los síntomas deben de haber estado presentes durante un mínimo de 3 meses, y no existir otro trastorno que lo justifique (Wolfe et al., 2010).

El síntoma más característico de esta enfermedad es una percepción del dolor anómala, percibiendo de forma dolorosa estímulos que normalmente no lo son. Entre los factores que pueden incrementar el dolor encontramos: posiciones mantenidas, cargas físicas, cambios climáticos y la activación emocional. Otro síntoma muy común en pacientes de fibromialgia es la fatiga, que llega a aparecer en más del 70% de los casos, pudiendo llegar a cumplir además criterios diagnósticos de síndrome de fatiga crónica (Wolfe et al., 1996). La siguiente manifestación clínica más frecuente es la alteración del sueño, más comúnmente en el inicio y

mantenimiento del sueño, con dificultades en la conciliación y despertares frecuentes. También son habituales los síntomas afectivos, englobando ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, o de la concentración.

La **causa** de esta condición continúa siendo, a día de hoy, desconocida. No obstante, se sospecha la implicación de diversos factores, tanto físicos como psicológicos (García y Moreno, 2012). En concreto, se ha encontrado factores de carácter neurológico, endocrino o genético posiblemente implicados en la aparición de esta enfermedad (Torres, 2015). Pese a todo ello, un elevado número de profesionales sanitarios la siguen considerando una entidad plenamente psicógena (Uclés-Juárez et al., 2020).

Epidemiología, curso y factores de riesgo

La fibromialgia es una enfermedad frecuente, que padecen entre el 2% y el 6% de la población. En referencia al sexo, se da mayoritariamente en mujeres. En cuanto a la edad, existe un pico de prevalencia entre los 40 y 49 años. Además, supone unos costes económicos en España de más de 12.993 millones de euros anuales (Meseguer et al., 2017).

El **curso** natural de la fibromialgia es crónico, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo (Meseguer, 2019). Estudios de seguimiento muestran que la fibromialgia presenta fases de mejoría y brotes de reagudización. Estos brotes están relacionados con factores precipitantes como esfuerzos físicos, situaciones estresantes o cambios estacionales que van repercutiendo en la calidad de vida de los pacientes (Menoscal et al., 2021).

Pese a ignorar la base fisiopatológica de la fibromialgia, se conocen diversos **factores de riesgo** de padecerla. Se considera la presencia de estrés emocional significativo como un posible factor de riesgo, o precipitante del origen de la enfermedad y de su mantenimiento y empeoramiento en el tiempo (Toainga, 2020). Frecuentemente la enfermedad aparece bruscamente o se ve exacerbada tras **acontecimientos estresantes**, incluso traumáticos, tales como accidentes de tráfico, intervenciones quirúrgicas, enfermedades graves, estrés laboral, o abusos físicos (Gálvez et al., 2019; Kaleycheva et al., 2021), pudiendo estos episodios funcionar como desencadenantes en personas predispuestas a la enfermedad. Además, se observa un riesgo de padecer trastornos de ansiedad, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) cinco veces mayor en la población con fibromialgia que en población general (Kleykamp et al., 2021).

Fibromialgia y trauma

Existe evidencia creciente sobre la relación entre padecer fibromialgia y haber sufrido algún evento traumático. Gündüz et al. (2018) concluyen que las **experiencias traumáticas en la infancia** parecen tener un papel crítico en el desarrollo de fibromialgia y relacionarse con

trastornos del ánimo y de ansiedad comórbidos. Tal y como indican Afari et al. (2014), personas expuestas a experiencias traumáticas tienen una mayor probabilidad de padecer síndromes funcionales somáticos. Más recientemente, Nicolson (2022) reveló que entre los pacientes con dolor crónico, fibromialgia, o ambas condiciones, hasta un 82% informó haber padecido algún tipo de evento traumático. Entre los tipos de trauma documentados según la autora encontramos: accidentes de tráfico, abusos en la infancia o en la vida adulta, violencia doméstica, trauma físico, presenciar un evento traumático, abuso sexual o emocional en la infancia. La elevada comorbilidad entre TEPT y fibromialgia parece apuntar hacia mecanismos etiológicos comunes que afectan a una población vulnerable tras la exposición al trauma (Yavne et al., 2018). Estos autores señalan una interacción compleja de factores tras estos hechos, incluyendo factores genéticos, de funcionamiento del sistema autónomo simpático y de los neurotransmisores serotoninérgicos y noradrenérgicos.

De especial relevancia es la reciente revisión sistemática y metanálisis de estudios de casos y controles desarrollada por Kaleycheva et al (2021) en la Universidad de Cambridge, relativos al papel que juegan los estresores psicosociales en el desarrollo de fibromialgia en la edad adulta. Estos autores compararon el impacto de un amplio rango de estresores vitales sobre la aparición del diagnóstico de fibromialgia en adultos. Se incluyeron 19 estudios, que abarcan desde 1995 hasta 2017, observándose asociaciones significativas entre el estado de fibromialgia y los seis tipos de exposición a estresores examinados (abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, abuso total como combinación de todos los tipos de abuso, trauma médico, y otros estresores. Teniendo todo esto en cuenta, los autores confirman una asociación significativa entre la exposición a estresores a lo largo de la vida y padecer fibromialgia en la adultez. No obstante, indican que estos estresores son uno más de los múltiples factores de riesgo para padecer fibromialgia desde una perspectiva biopsicosocial.

Tratamiento y recomendaciones

Actualmente no existe un tratamiento definitivo y reconocido que cure la fibromialgia. Por tanto, el abordaje terapéutico se centra en el alivio sintomático de dicha condición, siempre desde un enfoque individualizado de cada paciente, y empleando técnicas basadas en la evidencia científica, con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona. El tratamiento **multicomponente** ha demostrado la mayor eficacia (García et al., 2016). Entre los **fármacos** empleados en pacientes con fibromialgia, podemos encontrar: analgésicos, relajantes musculares, antidepressivos tricíclicos, inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, anticonvulsivantes, ansiolíticos e hipnóticos. Se corre el riesgo, en una condición médica aparentemente sin curación, de focalizar todo el tratamiento en la combinación de diversos fármacos para manejo de la sintomatología, y culminar en la posible acumulación de efectos secundarios.

Respecto a las opciones de tratamiento no farmacológico, con mayor apoyo empírico, encontramos el **ejercicio físico**, siendo especialmente útil el ejercicio aeróbico, y la **terapia psicológica**. Hasta la fecha, la intervención psicológica con mayor apoyo empírico de su eficacia en pacientes con fibromialgia es la TCC, obteniendo mejoras en los valores de dolor crónico, ansiedad y depresión (Bernardy et al., 2013). No obstante, progresivamente están viendo la luz estudios que demuestran eficacia en estos pacientes con otros tratamientos psicológicos, como la aplicación de **EMDR** (Fiszson Herzberg et al., 2021).

Las **guías de práctica clínica** (GPC) son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar decisiones adecuadas ante una enfermedad o condición de salud determinada. Dichas recomendaciones provienen de la evidencia científica existente en el momento de la publicación de la guía. Desde el SNS se han desarrollado diversas GPC, tanto a nivel nacional como autonómico, a lo largo de los últimos años (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Guías de práctica clínica para el abordaje terapéutico de la fibromialgia*

Año de publicación	Organismo autor del documento	Título
2011	Ministerio de Sanidad	<i>Fibromialgia</i>
2016	Consejería de Salud de Andalucía	<i>Guías de práctica clínica sobre Fibromialgia</i>
2017	Generalitat de Catalunya	<i>Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica</i>
2018	Gobierno de La Rioja	<i>Protocolo de evaluación y tratamiento de los pacientes con fibromialgia de la Rioja</i>
2020	Sociedad Española de Reumatología	<i>Recomendaciones SER sobre el manejo de los pacientes con fibromialgia</i>

La última GPC sobre fibromialgia del Ministerio de Sanidad data de 2011 (Véase <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>), un extenso documento redactado con el respaldo de diversas sociedades científicas, así como varias asociaciones de personas afectadas. El objetivo del documento es contribuir a un mayor conocimiento de la fibromialgia por los profesionales sanitarios mediante un texto basado en la mejor evidencia científica disponible y en el consenso entre personas expertas, incidiendo en los profesionales de los equipos de atención primaria, para facilitar la toma de decisiones relativas al diagnóstico, tratamiento y pautas de actuación que redunden en un manejo más eficaz de estos pacientes. Respecto al tratamiento psicológico de la fibromialgia, destacan como terapias con evidencia empírica la TCC, la terapia conductual operante, y abordajes multicomponente. También hace mención a otros tratamientos y abordajes como EMDR, relajación, *biofeedback*, psicoeducación, y *mindfulness* (Collado et al., 2011). Más recientemente, en 2020, la Sociedad Española de Reumatología publica un compendio de 39 recomendaciones con el objetivo de evitar el deterioro de los pacientes con fibromialgia debido a actuaciones frecuentes en la práctica clínica diaria y en el entorno del paciente que resultan perjudiciales y

potencialmente evitables. Los autores concluyen que establecer el diagnóstico de fibromialgia mejora el afrontamiento del paciente hacia su enfermedad y reduce los costes sanitarios. Respecto al tratamiento, indican que no existe evidencia sólida que justifique la combinación de varios fármacos, recomendando el empleo exclusivo de aquellos que obtengan beneficio clínico apreciable. Inciden además en el beneficio del buen conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, destacando el proceso psicoeducativo para ello, y del personal sanitario que trata con estos pacientes, para lo que se precisa formación específica sobre la enfermedad (Redondo et al., 2022).

EMDR

EMDR, en palabras de Shapiro (2014), es un enfoque de psicoterapia empíricamente validado para el tratamiento de trauma psicológico y otras experiencias de vida negativas. El **protocolo básico** de tratamiento EMDR tal y como lo desarrolló su creadora consta de ocho fases: historia, preparación, evaluación, desensibilización, instalación, escaneo corporal, cierre, y reevaluación (Shapiro, 2017). Encontramos su base teórica en el modelo del procesamiento adaptativo de la información (PAI; Shapiro, 2007). El protocolo estándar o básico de EMDR se define como el protocolo de tres vertientes por su acceso y procesamiento de recuerdos de eventos pasados que han supuesto el origen disfuncional, situaciones actuales que disparan malestar, y plantillas de memoria imaginaria para una acción futura apropiada y adaptativa. A partir de este protocolo básico han ido surgiendo variaciones para su aplicación en otras poblaciones y situaciones específicas.

Eficacia de EMDR en trauma y en pacientes con sintomatología somática

Las terapias psicológicas son recomendadas como primera línea de tratamiento para el **TEPT**. Siendo tratamiento de elección la aplicación de EMDR (Navarro et al., 2018). Entre los resultados obtenidos aplicando EMDR destacan la reducción significativa de síntomas de depresión, ansiedad, distrés subjetivo, y fatiga severa. La mayor eficacia de EMDR se obtuvo cuando se administró por terapeutas experimentados, y cuando las sesiones duran más de 60 minutos (Wilson et al., 2018). Más allá del diagnóstico de TEPT, también existen estudios que se han centrado en la aplicación de EMDR para el tratamiento de trauma psicológico en infancia tanto en población infantil como adulta, encontrando apoyo a la eficacia clínica de EMDR en estos casos. Entre los beneficios que ofrece EMDR destaca que dota a los pacientes de elevado control sobre el proceso de tratamiento, incluyendo poder escoger el momento y nivel de exposición a las experiencias internas aversivas, como emociones, pensamientos e imágenes mentales, además permite evitar verbalizar el trauma. Una posible consecuencia es la baja tasa de abandono de la terapia (Chen et al., 2018). Pese a que encontramos la mayor parte de estudios y evidencia empírica en la aplicación de EMDR en trauma, y más concretamente en el tratamiento de TEPT, existen numerosos estudios relativos a los efectos de EMDR en diversos problemas de salud

mental, como trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, alcoholismo, dolor, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar y trastornos de la conducta (Cuijpers et al., 2020).

El tratamiento con EMDR ofrece una útil herramienta para abordar tanto los síntomas psicológicos como los físicos derivados de experiencias vitales adversas. Se ha encontrado apoyo empírico a su uso para tratar **dolor crónico** (Shapiro, 2014). Existe un protocolo EMDR para el dolor crónico que ha mostrado su efectividad en la disminución de los niveles de dolor informados, disminución del afecto negativo, y aumento de la habilidad para controlar el dolor tras el tratamiento (Grant y Threlfo, 2002). El protocolo EMDR para el dolor crónico de Grant se basa en las ocho fases del protocolo básico, pero hace adaptaciones y añade elementos para abordar específicamente las necesidades de los pacientes que experimentan dolor crónico. Por otro lado, Luber (2018) profundiza en el tratamiento del trauma en condiciones médicas y somáticas mediante EMDR presentando diferentes protocolos y guiones. Entre las poblaciones de pacientes a los que se dirige están las personas que atraviesan un proceso oncológico, trastornos de la conducta alimentaria, dolor de cabeza, trastornos somáticos, o disfunciones sexuales.

EMDR y fibromialgia

El abordaje de pacientes con fibromialgia mediante EMDR ha sido acometido desde diversos enfoques. Se ha dirigido la intervención tanto a la sintomatología de dolor, como a la historia de trauma psicológico cuando está presente. Para ello se han aplicado tanto el protocolo EMDR focalizado en el trauma (TF-EMDR), como variaciones específicas de EMDR para dolor crónico o protocolos EMDR modificados. Teniendo esto en cuenta, existen casos que han experimentado mejoras en la sintomatología física y psicológica (ver Tabla 2).

Tabla 2. Estudios sobre aplicación de EMDR en pacientes con diagnóstico de fibromialgia

Año	Autores	N	Tratamiento	Resultados
2012	Teneycke	3	TF-EMDR	Reducción de síntomas de dolor, fibromialgia, depresión y trauma
2012	Kavakci et al.	7	EMDR (si trauma) EMDR dolor crónico Grant (resto de casos)	Reducción percepción dolor, síntomas depresión, TEPT, fibromialgia y mejoría del sueño
2021	Fizson et al.	56	Protocolo multidisciplinario (Psicoeducación y EMDR autoadministrado)	Reducción ansiedad rasgo y dolor
2021	Gardoki-Souto	45	EMDR y	En desarrollo

			<i>estimulación cerebral tDCS</i>	
2022	Aznárez et al.	<i>Por determinar</i>	<i>Protocolo EMDR específico para fibromialgia</i>	<i>En desarrollo</i>

En la aplicación de TF-EMDR en tres mujeres con fibromialgia e historia de trauma se obtuvieron mejoras hasta el punto de dejar de cumplir criterios diagnósticos para fibromialgia y alcanzando reducciones significativas en el distrés psicológico (Teneycke, 2012). En otro estudio se aplicó EMDR a una muestra de seis mujeres y un hombre con diagnóstico de fibromialgia. Se centró la intervención en el trauma en los casos que lo presentaban, aplicando el protocolo básico EMDR, mientras que en el resto de casos focalizaron el tratamiento en el dolor como experiencia traumática per se aplicando el protocolo para dolor crónico de Grant.

Encontraron tras el tratamiento mejoras estadísticamente significativas en la percepción de dolor, la calidad del sueño, sintomatología depresiva y sintomatología de estrés postraumático. Seis de los siete pacientes dejaron de cumplir los criterios de fibromialgia (Kavakci et al., 2012). Más recientemente, se están desarrollando estudios que buscan llegar a poblaciones más extensas. Fiszson et al. (2021) evaluaron los efectos de un protocolo multidisciplinario en pacientes con fibromialgia. Dicho protocolo incluía intervenciones desde reumatología, medicina del deporte, unidad del sueño, nutrición y psicología, fundamentándose esta última en la aplicación de técnicas EMDR y abordaje psicoeducativo. Tras aplicar el programa a 56 mujeres, se obtuvieron mejoras en el estado de ansiedad rasgo e intensidad del dolor, concluyendo los autores que se había contribuido a suavizar el impacto sintomático de la fibromialgia.

Otro estudio reciente combinó la aplicación de EMDR con una técnica de estimulación cerebral no invasiva, la estimulación transcraneal con corriente continua (tDCS) con el objetivo de reducir los síntomas de dolor en pacientes con fibromialgia. El estudio continúa en marcha en Barcelona aplicándose a una muestra de 45 pacientes con fibromialgia e historia de eventos traumáticos (Gardoki-Souto, 2021). También en desarrollo actualmente se encuentra el proyecto de investigación sobre "Impacto del tratamiento con EMDR sobre los síntomas somáticos en pacientes con fibromialgia y trastorno por estrés postraumático".

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico piloto llevado a cabo desde el Hospital Puerta de Hierro Majadahonda de la Comunidad de Madrid y la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPyP). La población a estudio son pacientes con diagnóstico de fibromialgia que cumplen criterios de TEPT. La intervención aplicada consiste en un protocolo específico basado en EMDR de 22 sesiones. Entre sus objetivos busca concienciar a los profesionales de la salud de la necesidad de integrar en los protocolos de actuación en el tratamiento de fibromialgia el trabajo específico sobre las experiencias traumáticas (Aznárez, 2022).

UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Tipo de estudio

Teniendo en cuenta todo lo expuesto en los apartados anteriores, se propone una **adaptación de protocolo** de tratamiento en formato individual, con una evaluación cuantitativa de las variables de interés pretratamiento y postratamiento para medir la eficacia del mismo. Así mismo, se incluyen evaluaciones de seguimiento a los tres meses, seis meses, y un año tras la intervención, con el fin de determinar el mantenimiento de los cambios obtenidos a largo plazo. El protocolo de intervención en el que se basa es el *protocolo de intervención con EMDR en el tratamiento del trauma asociado a la fibromialgia* (Aznárez, 2017), centrando la intervención en los episodios de trauma en la historia vital particular de cada paciente. La frecuencia prevista de las sesiones será semanal. En función del tamaño de la población obtenida, así como de los recursos humanos de cada centro donde se implemente, pudiera ser de interés establecer un grupo de control de lista de espera, con el fin de compararlo con el grupo experimental de intervención, para constatar que los cambios observados estén relacionados con dicha intervención.

Participantes

La población a la que se dirige la intervención son pacientes del SNS de España, con un diagnóstico principal de fibromialgia, en seguimiento por algún servicio del Hospital o Centro de Salud de carácter público, y que hayan experimentado a edades tempranas experiencias traumáticas. Teniendo lo anterior en cuenta, se establecen los siguientes **criterios de inclusión**:

- ❖ Pacientes mayores de 18 años.
- ❖ Cumplir criterios diagnósticos de fibromialgia, según el Colegio Americano de Reumatología (Wolfe, 2010).
- ❖ Haber padecido uno o varios eventos traumáticos en la infancia registrados en el instrumento Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia (Plaza et al., 2011). Dichos eventos podrán pertenecer a cualquier de las categorías que evalúa (trauma general, castigo físico, abuso emocional, abuso sexual), y el paciente deberá haber contestado afirmativamente a haber vivido la experiencia con intenso miedo, impotencia o indefensión, o en estado de disociación (definido por el instrumento como un sentimiento de estar fuera de tu propio cuerpo o como en un sueño).
- ❖ Tener disponibilidad para asistir a las sesiones de terapia programadas.
- ❖ Firmar el consentimiento informado.

Como **criterios de exclusión** se establece:

- ❖ Padecer una enfermedad mental grave (espectro de la esquizofrenia, depresión mayor, trastornos de la personalidad, entre otras) que requiera otro tratamiento específico o que pueda interferir en la comprensión y participación en el protocolo de intervención.
- ❖ Estar actualmente recibiendo otro tratamiento psicológico.
- ❖ Presentar en el momento actual ideación autolítica activa que requiera un abordaje específico inmediato.
- ❖ Tener un patrón actual de conductas adictivas.

Se espera contar con la participación activa de los profesionales especialistas del Hospital o centro sanitario público para seleccionar e informar a los pacientes, así como para implementar el protocolo de intervención, contando para ello con personal especializado y capacitado para tal fin. En el caso concreto de la aplicación de la intervención, sólo podrá ser llevada a cabo por profesionales sanitarios que cuenten con la formación práctica suficiente, y deseablemente hayan recibido formación avanzada y supervisión de casos, impartido todo ello por entrenadores acreditados por asociaciones oficiales de EMDR.

Materiales-Instrumentos

Se describen a continuación los instrumentos de medida que se ha previsto emplear.

- ❖ Instrumentos para el **diagnóstico de fibromialgia** establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (Wolfe, 2010) validados para población española (Gálvez-Sánchez et al., 2020):
 - Índice de dolor generalizado (WPI). Mide la extensión del dolor físico que siente el paciente actualmente. El instrumento consta de un listado de 19 áreas corporales, de las que el paciente debe indicar si han sido dolorosas durante la última semana. Se excluirán dolores producidos por otras enfermedades conocidas de la persona (artritis, lupus, artrosis, tendinitis, etc.).
 - Escala de severidad de los síntomas (SS). Mide la gravedad de tres síntomas principales y la existencia de otra sintomatología asociada. Para ello, este instrumento consta de dos partes. La primera parte mide la severidad de tres síntomas principales de la fibromialgia (fatiga, sueño no reparador, y trastornos cognitivos). La segunda parte mide la existencia en la última semana de una lista de 41 síntomas asociados (tales como problemas de memoria, debilidad muscular, calambres abdominales, mareo, ansiedad, etc.).

- ❖ *Cuestionario Revisado sobre el Impacto de la Fibromialgia FIQR* (Salgueiro et al., 2013) validado para población española. Evalúa el **impacto de la fibromialgia** en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual, y el grado en el que la enfermedad ha afectado la actividad de la persona. También incluye ítems subjetivos relacionados con el cuadro de fibromialgia (dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez) y con el estado emocional (ansiedad y depresión). Consta de 10 ítems.
- ❖ *Inventario de experiencias traumáticas en la infancia ETI* (Plaza et al., 2011) versión española. Evalúa los dominios de **experiencia traumática** general (11 ítems dicotómicos de sí o no), abuso físico (5 ítems dicotómicos de sí o no), emocional (5 ítems dicotómicos de sí o no) y sexual (6 ítems dicotómicos de sí o no), todos ellos referidos a experiencias anteriores a los 18 años. A continuación, incluye dos ítems dicotómicos para evaluar respectivamente la presencia de emociones intensas de miedo, horror o indefensión, y la experiencia de disociación.

Procedimiento de recogida de datos

El estudio que se propone consta de nueve fases, tal y como se detalla a continuación:

1. Reclutamiento de participantes. Para esta tarea se contará con la participación activa y coordinación de diversos servicios de especialistas del Hospital o Centro de salud del ámbito público donde se implemente. A tal fin, se facilitará, de forma oral y por escrito, información y protocolo de actuación a los especialistas de los servicios habitualmente consultados por pacientes con diagnóstico de fibromialgia, como el servicio de reumatología, psicología clínica, unidad del dolor, etc. A los pacientes que, tras estudiar su historia clínica, sean presumiblemente adecuados para el estudio, se les presentará dicha opción, facilitándoles información detallada, y consentimiento informado para que puedan reflexionar con calma durante los días siguientes sobre su posible participación. Así mismo, se administrará entrevista ad hoc para valorar criterios de inclusión y exclusión. En caso de dudas sobre el tratamiento, su participación u otros extremos, se le remitirá a uno de los profesionales responsables del proyecto para resolver todas estas cuestiones y facilitar una decisión autónoma e informada. Una vez aceptada la participación y firmado el consentimiento informado, se citará en consulta individual para ratificar el cumplimiento de todos los criterios de inclusión, y el no cumplimiento de los criterios de exclusión. A tal fin, y durante dicha consulta, se pasarán los cuestionarios psicométricos ETI, WPI y SS.

2. Sesión de evaluación previa al tratamiento. Se citará a los pacientes de forma individual. Se administra la batería de instrumentos de medida para la obtención de los datos iniciales del estudio. Dicha batería está compuesta por los instrumentos psicométricos WPI, SS y FIQR. Complimentarán los tests de manera heteroaplicada, siendo el profesional sanitario el

encargado de dar las instrucciones de cada prueba, formular las preguntas y los ítems pertinentes, y anotar las respuestas. Deberá además asegurarse de la adecuada comprensión de la tarea, y estar en disposición para resolver cualquier duda que pueda surgir.

3. Sesión de recogida de historia clínica. Consistirá en una sesión individual de 90 minutos de duración con el fin de elaborar una exhaustiva línea de vida y recoger la información pertinente sobre la historia del paciente para esclarecer la relación entre los síntomas que en la actualidad producen sufrimiento y su historia vital. Se efectuará mediante entrevista libre. Además, se comenzará a trabajar en el vínculo y la alianza terapéutica.

4. Intervención. El modelo de intervención que se ha adaptado para su aplicación en el SNS con pacientes de fibromialgia, es el protocolo de intervención con EMDR en el tratamiento del trauma asociado a la fibromialgia (Aznárez et al., 2017). Dicho protocolo pone el objeto de tratamiento en las experiencias traumáticas de la persona, partiendo de la base del protocolo estándar TF-EMDR. No obstante, teniendo en cuenta la población específica a la que se dirige, ha sido modificado por los autores con el fin de aumentar la ventana de tolerancia de los pacientes. El formato será individual, duración estimada de la intervención de diecinueve sesiones, pudiendo variar para cada paciente en función de su evolución personal, frecuencia de las sesiones semanal, duración de cada sesión de 60 a 90 minutos.

5. Sesión de evaluación posterior al tratamiento. Con el fin de conocer la evolución de los pacientes, y poder conocer los posibles cambios en la sintomatología de interés, se procede a administrar nuevamente la batería completa de cuestionarios (WPI, SS y FIQR), conformando el diseño de investigación pre-post.

6. Sesión de evaluación de seguimiento a los 3 meses. Con el fin de comprobar el mantenimiento de los efectos obtenidos con el tratamiento, se administra la batería de evaluación (WPI, SS y FIQR) tres meses después del fin de la intervención.

7. Sesión de evaluación de seguimiento a los 6 meses. Con el fin de comprobar el mantenimiento a largo plazo de los efectos obtenidos con el tratamiento, se administra la batería de evaluación (WPI, SS y FIQR) seis meses después del fin de la intervención.

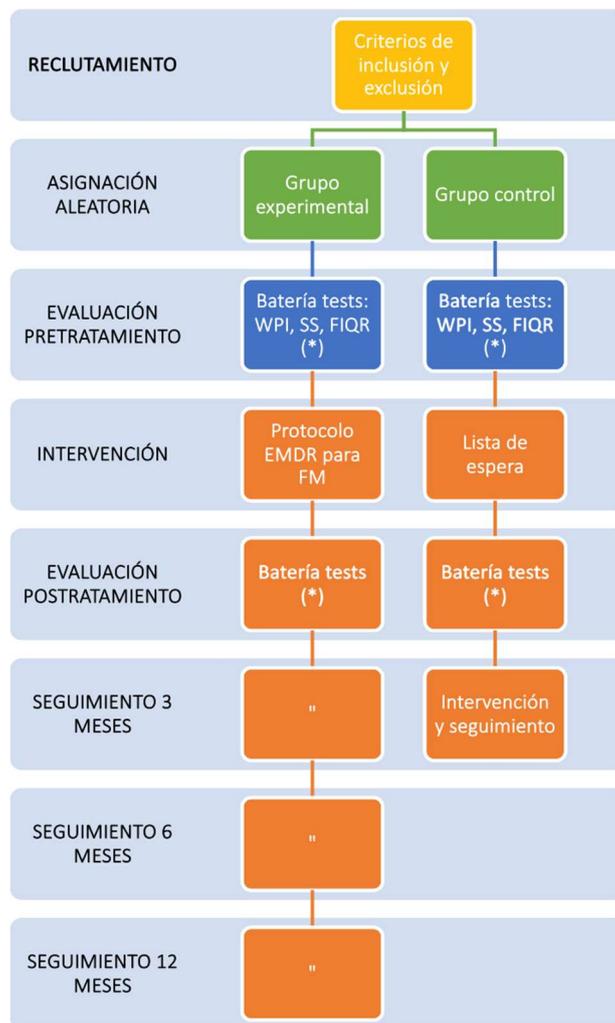
8. Sesión de evaluación de seguimiento al año. Teniendo en cuenta que el objetivo principal de la intervención es obtener una mejoría sintomática instaurada a largo plazo, se efectuará una evaluación psicométrica final al año de la intervención administrando la misma batería de evaluación (WPI, SS y FIQR).

9. Análisis estadístico de los datos. Terminado todo el proceso, habiéndose recogido los datos detallados, se procede al análisis de los mismos para extraer conclusiones y determinar los resultados y la posterior discusión.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este artículo se hipotetiza que pacientes con diagnóstico principal de fibromialgia e historia de trauma psicológico en la infancia podrían beneficiarse de un tratamiento basado en EMDR para la reducción de los síntomas, tanto somáticos como emocionales, característicos de dicho diagnóstico. De entre los programas de tratamiento existentes, se ha optado por adaptar y proponer un protocolo basado en EMDR específico para el tratamiento de trauma en pacientes con fibromialgia, actualmente en desarrollo, con el título de **“Impacto del tratamiento con EMDR sobre los síntomas somáticos en pacientes con fibromialgia y trastorno de estrés postraumático”**. Se trata de un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico piloto aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos del Hospital Puerta del Hierro del SNS (ver Anexo), que se desarrolla en colaboración con la SEMPYP y su Centro Clínico. A pesar de que todavía no han publicado sus resultados, ya han adelantado algunos resultados preliminares positivos (Aznárez et al., 2022). Se han tenido en cuenta las particularidades del SNS para la implantación de un tratamiento de esta índole. En primer lugar, en los procesos de reclutamiento de participantes se cuenta con la necesaria colaboración de otros servicios especializados del hospital o centro sanitario implicados en el tratamiento de los pacientes, suponiendo esto una ventaja pues facilita el acceso de los pacientes a la intervención. Por otro lado, también se ha tenido en cuenta la casuística específica del SNS en el cronograma de evaluación y tratamiento, con el fin de establecer unos plazos de implementación realistas, considerando las limitaciones en los recursos públicos tanto humanos como económicos, y que se espera devuelvan la inversión realizada en forma de reducción de consultas posteriores, mejoría en la calidad de vida de los pacientes, y reducción del gasto público sanitario a largo plazo. Para la posterior evaluación de la efectividad del protocolo adaptado propuesto se ha establecido un diseño de investigación experimental con grupo de control de lista de espera (ver Figura 1). Se platea la recogida de medidas pretratamiento, postratamiento, y seguimientos a los tres, seis y doce meses desde la intervención.

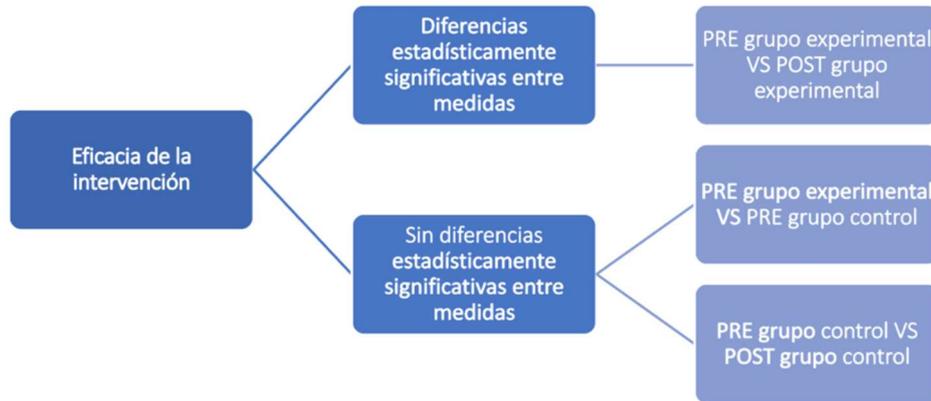
Figura 1. *Diagrama de flujo de diseño de investigación experimental con grupo de control*



Las **variables** medidas escogidas son el índice de dolor generalizado (WPI), la severidad de síntomas principales de fibromialgia (fatiga, sueño no reparador y trastornos cognitivos), y otros síntomas asociados (SS), que permiten el diagnóstico de fibromialgia (Colegio Americano de Reumatología, 2010), y el impacto de la fibromialgia en la capacidad física, posibilidad de realizar la actividad habitual, y grado en que la enfermedad afecta al funcionamiento de la persona, según el cuestionario FIQR.

Se espera que, si se cumple la **hipótesis** planteada, tras la intervención propuesta quede reflejada en las medidas de seguimiento establecidas una mejoría sintomatológica objetivada en la reducción de las variables descritas (ver Figura 2). A nivel teórico, esto ampliaría el conocimiento existente en cuanto a tratamientos psicológicos eficaces para fibromialgia, y en la vertiente práctica, abriría una puerta a su aplicación en el SNS, con los beneficios que podría suponer.

Figura 2. *Condiciones para cumplimiento de eficacia de la intervención*



Este trabajo presenta varias **limitaciones** que cabe evidenciar. En primer lugar, el presente trabajo se ha desarrollado únicamente de forma teórica, no llevándose a la práctica, objetivo que sobrepasaba el alcance del mismo. Se conforma, así, como una primera etapa dentro de un proyecto mucho mayor cuya implementación queda pendiente. Sería deseable en el futuro poder llevarlo a la práctica para obtener resultados tangibles. Otra limitación es la escasa evidencia científica encontrada referente a tratamientos psicológicos basados en EMDR en el abordaje de la fibromialgia, presentando normalmente poblaciones de pacientes reducidas. No obstante, actualmente existen varios proyectos en marcha, como el llevado a cabo por el grupo de Gardoki-Souto en Barcelona (Gardoki-Souto, 2021), o el de Begoña Aznárez en Madrid (Aznárez, 2022), que apuntan a una mayor validez externa por contar con poblaciones más extensas permitiendo mayor generalización de sus resultados, y a una mayor validez interna, con la aplicación de protocolos de intervención específicos para EMDR. Este artículo busca fomentar el aumento de estudios de esas características. Por último, otra limitación a tener en cuenta, como en diversos trabajos se ha confirmado (Zorrilla Larrainzar, 2018), es el nivel de formación específica en EMDR de los terapeutas. En el caso del autor de este trabajo, no estaba cualificado todavía como terapeuta EMDR durante la redacción del mismo. No obstante, durante todo el proceso de elaboración hubo revisión y supervisión por parte de una consultora senior con más de 20 años de experiencia en EMDR.

Como **futuras líneas de investigación y desarrollo**, sería conveniente realizar una actualización continua de los resultados de las diversas investigaciones realizadas en el campo sanitario, es decir, los avances en el conocimiento científico referentes al tratamiento y manejo terapéutico de las personas con diagnóstico de fibromialgia e historia de trauma psicológico, en especial los que contemplen la aplicación de EMDR. Por otro lado, se propone seguir de cerca la evolución de los estudios que están activos en la actualidad para conocer los resultados que puedan ofrecer próximamente. El siguiente paso lógico sería implementar el programa de intervención propuesto en el ámbito de la sanidad pública. Para ello, una primera fase sería realizar una labor divulgativa, dándolo a conocer a través de las vías disponibles, desde su presentación y exposición en jornadas y congresos, hasta contactar con centros de salud y hospitales del SNS para presentar y valorar la viabilidad del proyecto. Así mismo, sería deseable su aplicación por parte de profesionales sanitarios que estén formados en EMDR y capacitados para su práctica clínica con pacientes. Una vez

se llevara a la práctica, sería de interés medir la eficacia del programa, tal y como se propone en este artículo. En función de los resultados obtenidos sería posible realizar los ajustes y modificaciones que se consideraran oportunos para su mayor eficacia, centrándose en aquellos aspectos que con la práctica queden expuestos como más vulnerables o limitantes. Otra línea de investigación futura que se propone consiste en mejorar la eficiencia del protocolo. Mantener la eficacia del mismo economizando los recursos invertidos sería muy deseable para su implementación en el SNS. Es decir, medidas como reducir el número de sesiones en lo posible y comprobar si se mantiene la eficacia del tratamiento, consiguiendo el máximo beneficio con el mínimo de inversión en recursos humanos y temporales, siendo de capital importancia dada la limitación de recursos actuales en el SNS. Por último, también se propone como línea de investigación futura la comparación de este protocolo de tratamiento con otros existentes indicados para el tratamiento de la misma problemática en la misma población de pacientes.

Agradecimientos

La redacción de este artículo no habría sido posible sin el apoyo de varias personas e instituciones a las que desearía mostrar mi agradecimiento. En primer lugar, a mi tutora del Trabajo Final de Máster y coautora del presente artículo, la Doctora en Psicología Idoia Zorrilla Larrainzar, por su colaboración constante y diligente en todo momento, permitiéndome ampliar mis conocimientos y perspectivas sobre la materia tratada, y facilitando desde el principio un verdadero trabajo en equipo. Agradezco también a la Universidad Internacional de Valencia que ha hecho posible mi acercamiento y formación en profundidad de una temática que me apasiona, como son las terapias psicológicas de tercera generación. Gracias a los docentes, a mi orientador académico, al departamento de soporte técnico y a todo el equipo humano que conforma esta institución.

Por supuesto, mi más sincero agradecimiento a Begoña Aznárez y Jose Luis Marín, presidentes de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPyP) y a toda la asociación, por brindarme la oportunidad de publicar este artículo, mostrando su apoyo y genuino interés desde el principio hasta la consecución del mismo.

A mis padres por, de un modo u otro, estar ahí siempre. A mi hermana Isa, por conocerme tanto, ser una constante en mi vida y compartir conmigo todos esos momentos. A mis amigos y compañeros por contribuir a que este artículo sea hoy una realidad. Y, por último, quiero dar las gracias a Ali, mi compañera de vida, mi apoyo incondicional, que ha sabido escucharme y comprenderme durante todo este tiempo. A ella y Bela, mi preciosa familia, les doy las gracias.

BIBLIOGRAFÍA

- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 76(1), 2. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000010>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.).
- Aznárez, B. (2017). Variación del protocolo básico de EMDR para el aumento del umbral de tolerancia a la reexperimentación. *Revista de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Vol. 7
- Aznárez, B. (2022). Fibromialgia, trauma y EMDR: un protocolo exitoso y una experiencia maravillosa. *Revista de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Vol. 12
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, AJ, Choy, EH y Häuser, W. (2013). Terapias cognitivas conductuales para la fibromialgia. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009796.pub2>
- Collado A, Cuevas MD, Estrada MD, Flórez MT, Giner V, Marín J, Pastor MA, Rodríguez B, Sanz R. (2011) Fibromialgia. Ed Ministerio de sanidad, política social e igualdad; ISBN: 978-84-7670-717-3. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
- Cuijpers, P., Veen, SCV, Sijbrandij, M., Yoder, W. y Cristea, IA (2020). Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares para problemas de salud mental: una revisión sistemática y un metanálisis. *Terapia conductual cognitiva*, 49 (3), 165-180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
- Chen, R., Gillespie, A., Zhao, Y., Xi, Y., Ren, Y. y McLean, L. (2018). La eficacia de la desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares en niños y adultos que han experimentado un trauma infantil complejo: una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios. *Fronteras en Psicología*, 9 , 534. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00534>
- Esteban Lozano, J., Leal, T., Peña-Altamar, M., Olivera, S., & Núñez, N. (2020). Depresión, ansiedad, apoyo interpersonal y dolor autopercebido en pacientes con síndrome de fibromialgia. *Diversitas* (17949998), 16(2). <https://doi.org/10.15332/22563067.5007>
- Fiszson Herzberg, V., Arévalo Salaet, M., López Vives, L., Mengíbar Torres, F., Vergara Gutiérrez, L., Pastor Campo, A., ... & Millá Rallo, L. (2021). Resultados de una intervención psicoeducativa interdisciplinar con EMDR en pacientes con fibromialgia: experiencia de un centro privado. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 28(3), 119-128. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2021.3897/2021>
- Gálvez-Sánchez, CM, Duschek, S. y Reyes Del Paso, GA (2019). Impacto psicológico de la fibromialgia: perspectivas actuales. *Investigación en psicología y manejo del comportamiento*, 117-127.

- Gálvez-Sánchez, CM, de la Coba, P., Duschek, S., & Reyes del Paso, GA (2020). Fiabilidad, estructura factorial y validez predictiva de las escalas Widespread Pain Index y Symptom Severity de los criterios de fibromialgia del American College of Rheumatology de 2010. *Diario de Medicina Clínica*, 9 (8), 2460. <https://doi.org/10.3390/jcm9082460>
- García, S. A., & Moreno, R. S. (2012). Dolor crónico en la Fibromialgia: aspectos físicos y psicológicos. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 4(1).
- García, D. Á., Nicolás, IM, & Hernández, PJS (2016). Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatología clínica*, 12 (2), 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2015.06.001>
- Gardoki-Souto, I., Martín de la Torre, O., Hogg, B., Redolar-Ripoll, D., Valiente-Gómez, A., Martínez Sadurní, L., ... & Moreno-Alcázar, A. (2021). Aumento de EMDR con estimulación de corriente transcraneal multifocal (MtCS) en el tratamiento de la fibromialgia: protocolo de estudio de un ensayo pragmático y exploratorio controlado aleatorio doble ciego. *Ensayos*, 22 (1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05042-w>
- Grant, M. y Threlfo, C. (2002). EMDR en el tratamiento del dolor crónico. *Revista de psicología clínica*, 58 (12), 1505-1520. <https://doi.org/10.1002/jclp.10101>
- Grant, M. (2010). Pain control with EMDR. En M. Luber (Ed.) *Eye movement desensitization and reprocessing scripted protocols: Special populations* (pp. 517-536). NY
- Gündüz, N., Polat, A., Erzincan, E., Turan, H., Sade, I. y Tural, Ü. (2018). Comorbilidad psiquiátrica y trauma infantil en el síndrome de fibromialgia. *Revista turca de medicina física y rehabilitación*, 64 (2), 91. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2018.1470>
- Kaleycheva, N., Cullen, AE, Evans, R., Harris, T., Nicholson, T. y Chalder, T. (2021). El papel de los factores estresantes de por vida en la fibromialgia en adultos: revisión sistemática y metanálisis de estudios de casos y controles. *Medicina psicológica*, 51 (2), 177-193. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004547>
- Kavakçı, O., Semiz, M., Kaptanoglu, E. y Ozer, Z. (2012). TRATAMIENTO EMDR EN FIBROMIALGIA, UN ESTUDIO DE SIETE CASOS (Tesis de doctorado, Universidad de Cumhuriyet).
- Kleykamp, BA, Ferguson, MC, McNicol, E., Bixho, I., Arnold, LM, Edwards, RR, ... y Dworkin, RH (2021, febrero). La prevalencia de comorbilidades psiquiátricas y de dolor crónico en la fibromialgia: una revisión sistemática de ACTTION. En *Seminars in Arthritis and Rheumatism* (Vol. 51, No. 1, pp. 166-174). WB Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.10.006>
- Luber, M. (2018). *Protocolos escritos y hojas de resumen de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR). Tratamiento del trauma en condiciones médicas y somáticas*. Springer Publishing Co Inc.
- Menoscal, C. L. F., Coronel, M. G. S., Chulde, A. G. C., & Ibarra, S. D. C. (2021). Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 806-824. <https://doi.org/10.23857/dc.v7i4.2131>
- Meseguer, A. C. (2019). *Análisis epidemiológico de la fibromialgia en la comunidad valenciana* (Doctoral dissertation, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir).

- Meseguer, A. C., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina clínica*, 149(10), 441-448. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
- Navarrete Hurtado, M. B. (2022). Alteraciones de atención y memoria en pacientes con fibromialgia y su implicación en el tratamiento de esta enfermedad.
- Navarro, PN, Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., ... & Amann, BL (2018). 25 años de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR): El protocolo de la terapia EMDR, hipótesis de su mecanismo de acción y una revisión sistemática de su eficacia en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11 (2), 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2015.12.002>
- Nicolson, K. (2022). Fibromialgia y dolor crónico: ¿estamos preguntando (y auditando) sobre traumas psicológicos o eventos traumáticos? *Revista británica de práctica general*, 72 (720), 332-333. <https://doi.org/10.3399/bjgp22X719933>
- OMS – Organización Mundial de la Salud (2021). Clasificación Internacional de Enfermedades 11a. revisión. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
- Plaza, A., Torres, A., Martin-Santos, R., Gelabert, E., Imaz, M. L., Navarro, P., ... & Garcia-Esteve, L. (2011). Validation and test-retest reliability of early trauma inventory in Spanish postpartum women. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(4), 280. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821245b9>
- Redondo, J. R., del Campo Fontecha, P. D., de Miquel, C. A., Bernabé, M. A., Fernández, B. C., Ojeda, C. C., ... & Farras, M. N. P. (2022). Recomendaciones SER sobre el manejo de los pacientes con fibromialgia. Parte I: diagnóstico y tratamiento. *Reumatología Clínica*, 18(3), 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2021.02.004>
- Redondo, J. R., del Campo Fontecha, P. D., de Miquel, C. A., Bernabé, M. A., Fernández, B. C., Ojeda, C. C., ... & Farras, M. N. P. (2022). Recomendaciones SER sobre el manejo de los pacientes con fibromialgia. Parte II: educación del paciente y formación de los profesionales. *Reumatología Clínica*, 18(5), 260-265. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2021.01.006>
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., ... & Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología clínica*, 2, S55-S66. [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(06\)73084-4](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73084-4)
- Salgueiro, M., García-Leiva, J. M., Ballesteros, J., Hidalgo, J., Molina, R., & Calandre, E. P. (2013). Validation of a Spanish version of the revised fibromyalgia impact questionnaire (FIQR). *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-132>
- Shapiro, F. (2007). EMDR, procesamiento adaptativo de la información y conceptualización de casos. *Revista de práctica e investigación de EMDR*, 1 (2), 68-87. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.1.2.68>

- Shapiro, F. (2014). El papel de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en medicina: abordar los síntomas psicológicos y físicos derivados de las experiencias adversas de la vida. *The Permanente Journal*, 18 (1), 71. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-098>
- Shapiro, F. (2017). *Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR): principios básicos, protocolos y procedimientos*. Publicaciones Guilford.
- Teneycke, T. (2012). *Utilizando el protocolo estándar de EMDR centrado en el trauma en el tratamiento de la fibromialgia*. Universidad de Antioquía de Seattle.
- Toainga Villaroel, K. A. (2020). *Factores de riesgo que predisponen a la aparición de fibromialgia en el adulto mayor (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Carrera de Terapia Física)*.
- Torres Garrido, B. (2015). *Fibromialgia ¿qué hay detrás del dolor?*
- Uclés-Juárez, R., Fernández-Carreño, D., Fernández-Miranda López, S., & Cangas-Díaz, A. J. (2020). Conceptuación de la fibromialgia: ¿consenso o discrepancia entre profesionales clínicos de España? *Revista Española de Salud Pública*, 94, 202001006. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272020000100018>
- Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D. y Kiernan, MD (2018). El uso de la terapia de reprocesamiento de desensibilización por movimientos oculares (EMDR) en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático: una revisión narrativa sistemática. *Fronteras en psicología*, 9 , 923. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00923>
- Wolfe F, Hawley DJ, Wilson K. (1996). The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *J Rheumatol*; 23:1407-17.
- Wolfe, F. (2010). Nuevos criterios del American College of Rheumatology para la fibromialgia: un viaje de veinte años. *Investigación y atención de la artritis*, 62 (5), 583-584. <https://doi.org/10.1002/acr.20156>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D., & Yunus, B. (2010). Criterios preliminares de diagnóstico del Colegio Americano de Reumatología para la Fibromialgia y para la medición de la gravedad de sus síntomas. *Arthritis Care & Research*, 62(5). <https://doi.org/10.1002/acr.20140>
- Yavne, Y., Amital, D., Watad, A., Tiosano, S. y Amital, H. (2018, agosto). Una revisión sistemática de los eventos traumáticos físicos y psicológicos precipitantes en el desarrollo de la fibromialgia. En *Seminarios de artritis y reumatismo (Vol. 48, No. 1, pp. 121-133)*. WB Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.12.011>
- Zorrilla Larrainzar, I. (2018). *Tratamiento de la sintomatología traumática con EMDR: diseños de caso único (Doctoral dissertation, UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia)*.

Anexo

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO



D^a. CRISTINA AVENDAÑO SOLÁ, PRESIDENTA DEL COMITÉ ETICO DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA DE MADRID

CERTIFICA

Que dicho Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

“IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON EMDR SOBRE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO”.

a solicitud del Dr. Juan Torres Macho del Servicio Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Cristina, considerando que su planteamiento global es aceptable desde el punto de vista metodológico y ético. Acta nº 13.17.

En Majadahonda, a 10 de julio de 2017

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
SaludMadrid
Comunidad de Madrid
Comité Ético de Investigación Clínica

Fdo.: Dra. Avendaño Solá
Presidenta del CEIm

ZONA NOROESTE
C/ Joaquín Rodrigo, 2
28222 Majadahonda / Madrid
Tel.: 91 191 60 00
Fax: 91 373 05 35

