

Fibromialgia, trauma y EMDR: un protocolo exitoso y una experiencia maravillosa

*Fibromyalgia, trauma and EMDR:
a successful protocol and a wonderful experience*

Begoña Aznárez

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

Resumen

Este artículo cuenta una historia que termina con una de las experiencias profesionales más emocionantes que he vivido, un ensayo clínico titulado: **"Impacto del tratamiento con EMDR sobre los síntomas somáticos en pacientes con fibromialgia y trastorno de estrés postraumático"**.

En este texto pretendo compartir esa experiencia. No es el artículo "académico" donde comunicamos los magníficos resultados con un análisis estadístico que confirma hipótesis. Ese va por otro lado en otra publicación. No, aquí solo pretendo plasmar lo que ha supuesto para mí tanto a nivel profesional como personal. Que ha sido mucho. Y no va a ser fácil ponerlo todo en palabras. Aun así, voy a hacerlo lo mejor que pueda. Y a ser posible, lo más breve también.

Abstract

This article tells a story that ends with one of the most exciting professional experiences I have lived, a clinical essay titled "Impact of treatment with EMDR of the somatic symptoms in patients with fibromyalgia and post-traumatic stress disorder".

In this text I aim to share this experience. It is not the "academic" article where we present the incredible results with a statistical analysis that confirms the hypothesis. That one goes elsewhere, in a different publication. No, here I just want to convey what it has meant to me both on a professional and on a

personal level, which won't be easily put into words. Even so, I will attempt to do it as best - and as briefly - as I possibly can.

Un poco de historia

Todo empezó en una clase del Curso de Experto en Clínica e Intervención en Trauma allá por... ¿2012?, pudiera ser, hace muchos años, eso desde luego.

O quizá debería remontarme mucho más atrás, cuando trabajé, en consulta, con mi primera paciente diagnosticada de fibromialgia...

Lo importante es que muy pronto en mi periplo profesional se me hizo evidente que detrás del diagnóstico de fibromialgia era fácil encontrar una historia traumática silenciada, como casi todas. Una o varias. Y, tras comenzar a trabajar con EMDR, pude comprobar, enseguida también, la eficacia que suponía trabajar con la estimulación bilateral (la base de la técnica EMDR) todas esas experiencias traumáticas. Y eso, lógicamente, lo compartí, desde el principio, con mis alumnos en clase.

Muchos mostraban su sorpresa al escuchar mis hipótesis. Dos de ellos, dos médicos, Juan Torres y Javier Pallarés, una tarde (esa de 2012) se me acercaron a comentarme que no les cuadraba lo que yo les contaba con lo que ellos observaban en el hospital donde trabajaban, que sus pacientes no les habían hablado de esas supuestas historias traumáticas. Les propuse que les preguntasen expresamente si recordaban haber sufrido algún tipo de experiencia de esa naturaleza: de abuso, maltrato o negligencia parental y que después me contasen en la siguiente clase. No esperaron a ese momento, pidieron una tutoría y nos vimos un par de días después en mi despacho. Y es que, como sabemos, el problema reside en que no preguntamos; y nuestras pacientes no tienen por qué saber que ambas cosas (vivencias traumáticas tempranas y fibromialgia) están conectadas.

Tras esa tarde de 2012 en mi despacho, con aquellos médicos sorprendidos después de preguntar a sus pacientes, el camino hasta la aprobación del ensayo clínico por el comité ético de investigación clínica del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid el 10 de julio de 2017, fue muy, muy largo. Una auténtica cruzada. Encontramos muchos, pero que muchos obstáculos.

A mí me parecía mentira que algunos de esos obstáculos fueran verdaderas zancadillas puestas por colegas supuestamente embarcados en la misma tarea de contribuir a aliviar el sufrimiento a los pacientes. Pero esa parte mejor me la salto, es desagradable y no aporta nada. Solo estaba recordando y volviendo a sorprenderme de lo triste que es hacerse cargo de que hay profesionales de la salud más interesados en sí mismos, sus currículos y sus ascensos que en cumplir con su deber moral y profesional. Los duelos están hechos, pero el recuerdo siempre trae un residuo de abatimiento. Afortunadamente, y todo hay que decirlo, son los menos.

¿Segundo gran obstáculo? Pues verás, estábamos proponiendo probar la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico y, donde no hay fármaco, no hay financiación. Eso supuso que tuviéramos que pedir a los colegas que quisieran participar como psicoterapeutas que trabajaran gratis. ¿Y qué pasó? Que lo hicieron encantados. Es lo que comentaba. Afortunadamente, los que ponen zancadillas, entorpecen y emponzoñan son los menos.

Decidimos movilizar a exalumnos formados en nuestro modelo para tener la garantía de que disponían, al menos, de la base teórica necesaria para poder aplicar el protocolo diseñado; y les garantizamos supervisión. Esa era, en cierta medida, una de las ventajas añadidas a la propia participación en un estudio de esta naturaleza que ya suponía, a nuestro entender, una atractiva experiencia en la que embarcarse, para un profesional de la psicoterapia.

La supervisión supone una experiencia de aprendizaje extraordinaria. Tanto para el supervisor como para el supervisado. Así que, a todos ellos, y fueron muchos, más de 20 profesionales fantásticos, los supervisé yo. Fue increíble. Sigue siéndolo hoy día, pues continuamos con el proyecto de ayudar a los pacientes que padecen fibromialgia de forma gratuita, ofreciendo las mismas 22 sesiones del protocolo original (con algún pequeño cambio a mejor, fruto del aprendizaje) llevadas a cabo por parte de los alumnos de nuestro programa de prácticas. A ellas y ellos continuó supervisándoles yo. Todo un lujo.

Estoy profundamente agradecida a todas y todos. Me dieron la oportunidad de aprender con ellos y para ellos, para que su experiencia les resultase enriquecedora. La calidad humana y profesional que derrocharon era tan contagiosa como sus ganas de estar a la altura de un proyecto tan ambicioso. Y eso me obligó a dar lo mejor de mí en todo momento. Resultó agotador, pero absolutamente merecedor de toda mi dedicación y mi gratitud. Esto, y las pacientes (¡ay esas maravillosas pacientes!), ha sido una de las cosas más extraordinarias que he vivido profesionalmente en los últimos años. Recuerdo ahora momentos fantásticos en supervisiones, en reuniones de grupo, en encuentros en clase... y sigue escapándoseme una sonrisa y mucha nostalgia.

El protocolo

Lo diseñé yo. Fue todo un reto. Necesitábamos ofrecer una intervención breve que pudiera desarrollarse en un período de tiempo de entre 8 y 10 meses. Y dirás, pero 22 sesiones, a sesión semanal, suponen poco más de 6 meses. Ya, pero siempre hay que contar con que hay festivos, un día está enferma la paciente (entre los pacientes con fibromialgia puede haber muchas bajas porque están con crisis de dolor o tienen muchas pruebas, citas médicas o intervenciones que interfieren a menudo en el desarrollo del proceso terapéutico), otro día es la/el terapeuta quien no puede asistir, vienen vacaciones, etc. En fin, que un protocolo de 22 sesiones, con mucha suerte, lo puedes llevar a cabo, como decía, en unos 8 o 10 meses. Cuando además te pilla un confinamiento por pandemia ya no te cuento en lo que se puede convertir ese tiempo de aplicación.

El caso es que diseñé un protocolo donde primaba una buena evaluación (tema en el que creo con total convencimiento como sabe todo aquel que me conoce) para poder hacer foco en el conflicto básico fundamental y así, desde ahí, seleccionar las dianas de trabajo con EMDR para que su aplicación tuviera la máxima eficiencia.

Incluí una sesión de construcción de varios ICES (acrónimo que recoge los elementos de la experiencia: input sensorial, cognición negativa, emoción y sensación; y que es la estructura básica de las dianas que establecemos para trabajar con la estimulación bilateral), que iba a ayudarnos a hacer la selección lo más en línea con el conflicto básico escogido.

Esta tarea, como digo, era fundamental para garantizarnos eficacia porque después, solo disponíamos de 4 días para trabajar con recuerdos del pasado y otros 4 con los disparadores del presente. Puedes consultar despacio en el Apéndice 1 la estructura global del protocolo de intervención. Estoy encantada de compartirlo. Si eres profesional y lo pones a prueba, por favor, cuéntame qué tal te ha ido.

Terminamos con 2 sesiones de trabajo a futuro y una de cierre. Después, 3 sesiones de seguimiento espaciadas en varios meses.

¿Una de las cosas más difíciles derivada de su aplicación? Ceñirnos a él. Sí, cuesta creerlo ¿verdad? O quizá no tanto. Al ser un ensayo clínico debíamos comprometernos todos a seguir estrictamente lo diseñado para cada día. ¿Imaginas que el estudio hubiera sido para probar un fármaco? Ahí es muy fácil asumir que la dosis, el momento del día y las condiciones de aplicación deben ser las mismas para todas las participantes, pero, al ser sesiones de psicoterapia puede parecer que caben “libres interpretaciones” sobre cómo hacer las cosas en cada sesión según el criterio del profesional. Sin embargo, lógicamente, por muy bueno que sea ese criterio, y muy bien fundamentado que esté, cuando estás probando la eficacia de una forma concreta de intervenir debes trabajar de la forma más homogénea posible.

En psicoterapia, está bien demostrado que las intervenciones breves son muy eficaces. Que el hecho de saber que tienes un número limitado de sesiones hace que tanto terapeuta como paciente se sientan automáticamente más comprometidos con esas horas de trabajo y se esfuercen más. Lo cual, claro, revierte en resultados más positivos en general.

Aun así, resulta muy difícil comprometerse con un número limitado, y pequeño, de sesiones. Esto es fácil de entender en relación con los pacientes, son muchas las cosas que lo explican. Destacaré dos: el miedo a enfrentarse a determinados contenidos de su historia y la dependencia que se genera con el terapeuta, en ocasiones, la única persona en sus vidas que las ha mirado y escuchado con cariño e interés sincero.

Pero ¿por qué es tan difícil para los terapeutas? Pues exactamente por los mismos motivos. Miedo a abordar determinadas experiencias con el paciente e imposibilidad de manejar la dependencia que desarrolla. Así, muchas veces sin darse cuenta o, lo que es peor, dándose cuenta y justificándolo con una

narrativa que yo considero tan falsa como hortera (“el paciente no está preparado”, “es mejor así para él”, “no conviene confrontar ahora estas cuestiones”, “está muy defendido”, “es muy frágil”, etc.) se alargan los procesos “hasta el infinito y más allá”, sin conseguir apenas resultados. Y así hasta que el paciente, presa de una nutrida frustración, se va a buscar otro terapeuta o, lo que es peor, el terapeuta, cargado, en el mejor de los casos de vergüenza y, en el peor, de aburrimiento termina el proceso haciendo sentir al paciente abandonado y retraumatizándole con ello.

Que levante la mano el psicoterapeuta que no se identifique con esto. Que no haya vivido algo así alguna vez. Seamos honestos. Solo reconociendo nuestros errores podemos aprender de ellos. Todos hemos cometido estos pecados. Es casi imposible no hacerlo. Se nos prepara muy mal para el ejercicio de nuestra profesión y el ensayo-error, por desgracia, es demasiado frecuente en nuestro aprendizaje. Pero no me alargo más por aquí. Estaba diciendo que resultó muy difícil para todos, incluso para mí que había diseñado el protocolo y que llevaba años trabajando dentro del paradigma de la Psicoterapia Breve, aplicar con rigor el protocolo. Y acabó resultando lo mejor y lo peor, pues, aunque muchos alumnos se quejaban en supervisión de lo complicado que resultaba ceñirse a unas directrices tan concretas cuando no estaban acostumbrados a hacerlo así, tan estrictamente, también fue prácticamente unánime el comentar que eso les había hecho reflexionar sobre la cantidad de sesiones “sobrantes” que llevamos a cabo en terapia normalmente y cambiar la forma de enfrentarse a la tarea en su consulta en general. ¡Si es que mis alumnos son los mejores!

Como digo, yo también viví la misma experiencia y me alegré mucho de confirmar que nuestros resultados estaban en la línea de la mayoría de los estudios que contrastan la eficacia de las intervenciones breves y estructuradas. Y es que, pudimos ver, con nuestros propios ojos, cómo pacientes con historias muy duras y, aparentemente extremadamente difíciles de abordar, que supuestamente habrían requerido de procesos psicoterapéuticos de años de duración, mejoraban espectacularmente e incluso se curaban, en solo 22 sesiones.

En resumen, que ceñirse al protocolo fue todo un reto y un fantástico aprendizaje.

¡Comenzamos el estudio por fin!

Arrancamos con un grupo de 30 mujeres. 15 en grupo tratamiento y 15 en grupo control. Para más detalles sobre el diseño del estudio consulta el Apéndice 2. Ahí tienes un extracto del documento con los datos.

No sé si te sorprenderá que todas las pacientes fueran mujeres. La mayoría abrumadora que padece fibromialgia es de mujeres. De hecho, en todos estos años trabajando en el estudio con el protocolo solo hemos tratado a un hombre. Es paciente mío y actualmente estoy trabajando con él. Ya comentaré, cuando terminemos, probablemente en otro artículo, qué diferencias he podido observar si las hubiera, más allá de algunas que son generales (nos guste o no) a la hora de hablar de cómo vivimos y nos manejamos en psicoterapia unas y otros (mujeres y hombres).

Como decía más arriba, yo supervisé muy de cerca a todas las pacientes. Además, también trabajé con varias de ellas. ¡Qué mujeres tan valiosas! Cuánto me han aportado. No me cansaré nunca de decirlo. Hablaré un poco más despacio de ello más adelante.

Empezamos a trabajar con el grupo de tratamiento, pero a las pacientes del grupo control también las tratamos, claro. El grupo control tuvo su momento tras contrastar cómo estaban unas y otras (unas tras pasar esos meses con intervención y las otras sin ella) repitiendo escalas a las que habían respondido antes de empezar.

Los resultados en forma de cifras concretas están en el otro artículo (el serio) que espero que se publique muy pronto. Yo solo quiero plasmar aquí una idea de satisfacción general por lo positivo de los mismos. Y de esperanza.

Todo este proyecto surgió porque queríamos ayudar a un colectivo que sufría mucho, no solo por los motivos inherentes a su patología concreta sino, además, por la incomprensión tanto de los profesionales de la salud a los que consultaban como de familiares, amigos, compañeros, jefes, vecinos... Esperamos que sirva para entender mejor qué significa y supone la enfermedad, para legitimar el sufrimiento de quien la padece y para integrar formas diferentes de actuación en los protocolos sanitarios de intervención.

En relación con esto vamos al siguiente epígrafe.

La hipótesis

Inicialmente, consideramos la idea de plantear el estudio para probar la hipótesis de que detrás del diagnóstico de fibromialgia era muy frecuente, casi universal, encontrar experiencias traumáticas (la mayoría muy tempranas). Pero, según avanzábamos, vimos que eso resultaba tan obvio como estéril. Eso nos quedaba muy claro, no había duda y no merecía la pena dedicar tanto esfuerzo a una hipótesis que ya estaba confirmada solo para convencer a unos pocos profesionales que todavía se resisten a admitirlo. Queríamos ayudar más y mejor. Así que planteamos seleccionar a las pacientes con la concomitancia de ambos diagnósticos, el de fibromialgia y el de Trastorno de Estrés postraumático (TEPT). Y lo que quisimos contrastar era si una intervención psicoterapéutica que incidiera en el TEPT, con una herramienta específica para su abordaje como es EMDR, sería más eficaz y produciría más cambios positivos que no llevarla a cabo y que las pacientes simplemente continuasen con los tratamientos convencionales que cada una de ellas seguía.

La idea es que el dolor emocional experimentado tempranamente y silenciado, no adecuadamente reconocido, no legitimado, ni etiquetado, ni canalizado, ni expresado, queda bloqueado, disociado y se expresa en forma de dolor físico. Por tanto, si trabajamos con ese material traumático es de suponer que ese dolor emocional al ser al fin reconocido, legitimado, sostenido,

compartido, narrado e integrado (elaborando los duelos pertinentes) deje de necesitar canalizarse y expresarse a través de somatizaciones, dolor y fatiga; que son los tres grandes síntomas que experimentan estas pacientes.

Pocas cosas son más traumáticas que el silencio impuesto

Ya he hablado de este tema abundantemente tanto en clase como en diferentes publicaciones, pero no quería dejar pasar la ocasión aquí. Aunque sea brevemente.

En mi libro "El trauma psíquico es de todos", afirmo lo siguiente:

"... tras muchos años de acompañar a cientos de personas en su proceso de ir asimilando lo vivido en cada una de sus historias, he podido comprobar que no me equivoco al afirmar que no importa lo que ocurra, **lo que resulta siempre traumático es verse silenciado, sin voz para gritar y compartir lo ocurrido, sin legitimación sobre lo sentido, en soledad, desprotegido y escindido.**

Si mezclamos impacto emocional y silencio, el resultado solo puede implicar experiencia traumática.

En mi opinión:

Traumático es, para cualquier ser humano, tener que guardar silencio en relación con cualquier cosa que le ocurre y que le impacta emocionalmente.

Traumático es que sus experiencias no sean vistas, legitimadas, escuchadas y sostenidas. Traumático es que su voz sea silenciada. Traumático es tener que protegerse a través de la división, el síntoma o la locura porque sus figuras de protección no están en sintonía con sus necesidades y no encuentra otra salida porque no la hay..."

TRAUMA PSÍQUICO sería la herida resultante de verse obligado a silenciar, negar e incluso disociar las experiencias vividas con alto impacto emocional que deberían haber sido compartidas con las figuras de apego para adquirir significado, así como para generar las adecuadas creencias sobre uno mismo y el mundo y, consiguientemente, posibilitar la adaptación y el aprendizaje.

Desde estas consideraciones, tiene todo el sentido plantear la intervención psicoterapéutica como un proceso por el que poder mirar todo lo vivido, darle voz y narrativa, sostener el dolor que esto produce y elaborar el duelo correspondiente. Solo así es posible el crecimiento postraumático.

Las pacientes

Como ya he comentado, las pacientes eran todas mujeres. ¡Y qué mujeres! Valientes, fuertes, luchadoras... auténticas supervivientes.

La mayoría ha pasado por muchos y diferentes calvarios dentro del sistema sanitario; ha sido tratada por un puñado de especialistas y tiene la experiencia de sentirse poco valorada, muy cuestionada y casi nada cuidada.

Al ser una enfermedad que “no se ve” es como si no estuviera. Y con ello, se refuerza esa falta de mirada y legitimación que ya venían padeciendo desde temprano. La visita al profesional de la salud suele resultar, de este modo, retraumatizante. Con frecuencia, esto les hace cuestionarse a sí mismas, angustiarse más y tener muchas dificultades para mantener el ánimo arriba.

Además, las cosas en casa no suelen ser diferentes. La familia tampoco comprende ni legitima. Y, acostumbrados a que ellas sean quienes tiran del carro familiar y a que lleguen a todo sin quejarse, de pronto, cuando no pueden y son ellas las que necesitan y solicitan ayuda, el entorno no sabe responder. Lo tienen todo en contra.

Es tal la falta de comprensión que sienten que a menudo confiesan haber deseado tener una de esas enfermedades “reales”, que nadie cuestiona y a las que todo el mundo da carta de valor (y con ella, licencia para estar mal y quejarse y solicitar ayuda), como un “buen cáncer” (así me lo confesó una de mis pacientes una vez) para que el mundo sepa, de verdad, cuánto sufren.

Yo lo sé. Lo he vivido con ellas. Lo he compartido y lo comparto cada día.

Lo cierto es que esa incompreensión y ese rechazo son muy comunes entre nuestros pacientes. La salud mental es la “pariente pobre” de la Medicina. La gran excluida. Esconde nuestras más grandes miserias como seres humanos y nos creemos que, si no las miramos, no existen.

De hecho, algunas de las pacientes de fibromialgia con las que hemos trabajado mostraban muchas reticencias a recibir nuestro tratamiento porque pensaban que eso era reconocer que no padecían una enfermedad real y que ellas eran las que se habían “causado” su dolor a sí mismas. No fue tarea fácil, con algunas, que comprendieran que, ofrecerles tratamiento psicoterapéutico no implicaba negar su dolor y su sufrimiento, desvalorizar su enfermedad y a ellas mismas, o despreciar todos sus intentos anteriores de ser vistas, escuchadas y tratadas.

Y, a pesar de todo esto, o además de ello, mi experiencia ha sido la de verlas sobreponerse a tormenta y tempestad y seguir luchando, seguir creyendo en los tratamientos, en que va a llegar ese día en que van a encontrarse mejor; y ser testigo directo de su coraje para venir a consulta incluso con mucho dolor y en condiciones físicas y psicoemocionales muy difíciles.

Esto ha sido muy inspirador para mí. Mucho, mucho. Una lección personal y profesional.

Y su reconocimiento. Su sorpresa al descubrir la relación entre pasado y presente. Su gratitud infinita tras la sesión en la que leemos el informe y se sienten vistas por primera vez y por fin reciben una narrativa de vida que han contribuido a construir y que resulta tan completa, tan coherente con su experiencia interna, tan eficaz para explicar y explicarse...

Nuestro protocolo de evaluación es largo, exhaustivo y muy movilizador, tanto que sus síntomas empeoran

según pasan los días. Bueno, pues ahí han estado ellas sosteniéndolo todo y confiando. ¡Estoy tan agradecida por su confianza!

Las recuerdo a todas y trato de honrarlas con este artículo. Porque se lo merecen.

Los resultados

Como ya he comentado más arriba, los resultados concretos, con sus análisis estadísticos y sus tablas comparativas, corresponden a otro artículo. En éste, solo quiero comentar que estamos todos muy satisfechos porque nuestra hipótesis se confirmó y podemos corroborar que, en la comparación entre las pacientes del grupo control y las del grupo tratamiento no hay duda de que podemos afirmar la evidente mejora de la sintomatología de las segundas respecto de las primeras. ¿Lo mejor? Que como finalmente las tratamos a todas pues la mejoría fue generalizada. Algunas de ellas, bastantes, puedo decir con máxima satisfacción, salieron de la consulta de chequeo de pruebas postratamiento con la "etiqueta" de asintomática. Una mayoría aplastante se encontraba considerablemente mejor, como nunca habían podido imaginar verse.

Las hubo que estaban de baja y pudieron reincorporarse, que hacía siglos que no viajaban y lo hicieron, que habían perdido las ganas de vivir y están viviendo tan intensamente que me muero de envidia sana... En fin, las cifras, si me conoces mínimamente, no son nunca lo que más me importa. Lo realmente importante es que a esas mujeres las vi antes y las vi después y puedo decir que, prácticamente la totalidad, parecía otra persona. Todas ellas hablan de la experiencia del proceso de psicoterapia como un antes y un después. Es con eso con lo que me quedo.

Creo que eso es lo que tiene que ser la psicoterapia, una experiencia que, de alguna manera, te cambie. Que movilice, revuelva, profundice, ilumine zonas oscuras, abra cajas de Pandora (o de quien sea,) te obligue a mirarte y te regale conocerte, te vapulee, te haga llorar y también reír (sobre todo de ti mismo), te sacuda el alma y, a partir de ahí, que algo cambie. A poder ser, mucho.

No inicies un proceso psicoterapéutico si quieres que las cosas no cambien demasiado en tu vida. O inicia alguno centrado en lo que llaman por ahí "pautas". Las pautas sirven, teóricamente, para manejar el malestar, para aprender a sostener lo que no nos hace bien aparentando que no nos hace tanto mal. Las pautas no cambian nada. No engañan a nadie. Parece que sirven un ratito, pero enseguida se da cuenta uno de que no son la respuesta. Son como una tirita o un analgésico, alivian momentáneamente, pero no curan nada. No pueden ser la respuesta.

"Mis chicas" fueron muy valientes y se lanzaron a arrancarse esparadrapos, a abrir melones medio podridos y a bucear en unas aguas pantanosas plagadas de monstruos; y lo que es mejor, confiaron en nosotros para acompañarlas en ese viaje.

Como ya he dicho, una experiencia maravillosa. Una lección de vida. Un agradecimiento eterno.

Una nota final resultado de un análisis profesional

No quiero terminar el texto sin comentar un dato que, si eres profesional, creo que te va a interesar.

Analizando cada uno de los procesos con las pacientes, sus mayores o menores mejorías y sus dificultades, nos dimos cuenta de que podíamos ver claramente que, dentro del grupo de las que mejoraron menos, seguramente podemos aislar una variable que nos explique por qué.

Es lógico pensar que no será un solo factor el que aclare dudas. Pienso que hay tres grandes grupos de variables: las inherentes al protocolo, las relacionadas con el terapeuta y las atribuibles a las pacientes.

Reflexionar hemos reflexionado mucho, a solas y en grupo, sobre todas ellas. Hemos hecho autocrítica constructiva y hemos aprendido una barbaridad. Por eso, hay algunos cambios en el protocolo y las pilas puestas en lo que se refiere al aprendizaje profesional de cada uno de los que participamos. Pero, cuando un mismo protocolo y un mismo terapeuta obtienen resultados muy dispares con dos pacientes, hay que ponerse a investigar a fondo sobre qué características personales y vitales de la paciente pueden explicar esa disparidad.

Mi análisis detallado y mi reflexión me llevan a la conclusión de que podríamos destacar dos grandes categorías de respuesta (la mejor y la peor) en lo que se refiere a lo relacionado con los acontecimientos vitales experimentados en la historia vital de la paciente:

- **Los mejores resultados** los hemos obtenido con las pacientes que han vivido experiencias traumáticas perpetradas por terceras personas fuera del núcleo familiar (sobre todo, personas que no son mamá o papá). Podemos estar hablando de accidentes, muertes tempranas, abusos o maltrato donde los progenitores no han sabido estar a la altura, pero lo importante es que éstos no han sido los agresores directos.
- **Los resultados más pobres** los obtuvimos con las pacientes que encajarían en lo que conocemos como Trauma de Apego, donde la negligencia parental a la hora de establecer un vínculo que ofrezca la suficiente sintonía, cuidados, seguridad y protección era la tónica dominante en la historia de la paciente.

La necesidad de salvar a los padres para garantizar el vínculo y la consiguiente idealización de la relación, junto con una narrativa racionalizadora que justifica claramente cualquier fallo en la conducta de dichos progenitores, lleva a las pacientes a presentar una coraza, una auténtica armadura casi imposible de ablandar siquiera. Escasamente pueden asomarse al vacío al que se sienten arrastradas si lo hacen. Eso no significa que alguna sí que lo consiga, pero ahí, seguramente, ya podemos hablar de cualidades personales de la paciente, calidad del vínculo con el terapeuta y pericia y cualidades del propio terapeuta, para explicar el por qué.

Lógicamente, en realidad, sería más oportuno hablar de un espectro de respuesta donde estas dos categorías ocuparían los extremos y, en medio, encontraríamos un montón de posibilidades por la combinación de diferentes los factores. No obstante, el hecho de haber llevado a cabo este análisis, ya nos ayudó mucho dentro y fuera del estudio. Estábamos prevenidos e incluso hablamos de ello con

anticipación con la paciente, lo cual permitía trabajarlo prácticamente desde el principio y sin sorpresas. La anticipación ya se sabe que un mecanismo de defensa de los que molan.

Todo esto es algo que yo ya venía observando en mi práctica clínica y que se confirmó en esta muestra de pacientes. Esto, como digo, es de gran ayuda. Por eso me parecía importante compartirlo. Puede que te sirva en tu práctica. Me encantará que me cuentes cuál es tu experiencia al respecto.

Hasta aquí mis reflexiones. Espero que te hayan resultado interesantes. Gracias por leerme.

APÉNDICE 1



PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CON EMDR EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA ASOCIADO A LA FIBROMIALGIA

Por Begoña Aznárez, 2017

(Copyright B. Aznárez)

El diseño de la intervención se divide en **cuatro fases**.

Es conveniente explicar aquí que este protocolo de intervención está diseñado para intervenir después de una adecuada evaluación en la que además de trabajar en el vínculo y la alianza terapéutica como principales herramientas de garantía de efectividad de cualquier intervención psicoterapéutica, se habrá elaborado una exhaustiva línea de vida y recogido la información pertinente sobre la historia del paciente hasta llegar a completar la imprescindible labor de comprensión de la relación entre los síntomas que en la actualidad producen sufrimiento a nuestro paciente y su historia vital.

Así, después de este trabajo de comprensión, será posible para nosotros dividir la intervención de la siguiente manera:

1ª FASE: Estabilización y aumento de la ventana de tolerancia

La intervención aquí está basada en el **Protocolo de Aumento de Ventana de Tolerancia** que diseñé en 2011. La idea es ubicar al paciente en la situación óptima para que la intervención sea eficaz. Para ello debemos trabajar sobre todo en garantizar sensación de seguridad y atención dual.

Por lo tanto, abordaremos la tarea de instalar recursos positivos por un lado y la de la progresiva desensibilización de su historia vital traumática por otro.

Primer día: explicación sobre EMDR y el tipo de intervención que vamos a realizar tras la evaluación realizada; sobre el impacto de los acontecimientos traumáticos en nuestro cuerpo y nuestra mente; y el porqué de la eficacia del proceso que proponemos.

Instalación de Recursos Positivos de las dos naturalezas aprendidas en el curso de Experto de Clínica e Intervención en Trauma. Esta instalación nos permitirá, entre otras cosas, observar el tipo de Estimulación Bilateral (EB) con el que más a gusto se encuentra el paciente.

Segundo día: Dividiremos la línea de vida en tres franjas vitales. Las divisiones se basarán en las dinámicas entre los sistemas psicobiológicos de vinculación y defensa pero también pueden trabajarse de la siguiente manera: 1) infancia; 2) adolescencia y primera juventud; y 3) desde el diagnóstico de fibromialgia hasta el momento actual.

La división es orientativa y podrá variar según la conveniencia que se juzgue en cada caso por el clínico y/o su supervisor.

Pasaremos, una vez obtenida la división de la línea de vida, a trabajar con la primera parte. Aplicaremos Protocolo de Aumento de Ventana de Tolerancia trabajando con la narrativa y con el exclusivo objetivo de desensibilizar ese tramo de la historia del paciente y aumentar la ventana de tolerancia respecto al mismo. La EB que emplearemos aquí, tal y como se expresa en el protocolo, será la auditiva.

Tercer y cuarto días: Continuaremos en cada uno de estos dos días desensibilizando la historia vital en los siguientes tramos y aumentando, de esa manera, la ventana de tolerancia de nuestro paciente a los acontecimientos ocurridos en su historia.

Obtendremos, al terminar el cuarto día, un SUD y VOC globales asociados a toda la narrativa para su posterior cotejo al final del tratamiento. La cognición negativa estará condicionada y estará relacionada con la capacidad de hacerse cargo, afrontar e integrar lo narrado.

Además, como cabe esperar tras la aplicación de protocolos de EMD durante el trabajo con EB auditiva y la narrativa de vida, se obtendrán los llamados **Puntos de Perturbación** (PP) que servirán después al clínico para seleccionar las dianas a trabajar con Protocolo Básico en los días posteriores.

2ª FASE: Desensibilización y reprocesamiento con los recuerdos diana

Quinto día: Tras identificar los Puntos de Perturbación, construir los ICES correspondientes tomando cada uno de ellos como dianas independientes.

Al terminar esta sesión, llevar a cabo un escaneo corporal.

En caso de considerar inoportuno el comienzo del trabajo con Protocolo Básico, comenzaremos a trabajar según el Protocolo de Procesamiento Telescópico de E. Shapiro (EMD, EMDr, EMDR)

Sexto, séptimo, octavo y noveno días: trabajo con **Protocolo Básico** las dianas seleccionadas de entre los Puntos de Perturbación.

Hasta aquí habremos trabajado con el pasado del paciente

3ª FASE: Trabajo con los disparadores del presente

Décimo, undécimo, duodécimo y décimo tercer días: Protocolo básico con los disparadores del presente seleccionados.

4ª FASE: Trabajo con ansiedad anticipatoria asociada al futuro

Décimo cuarto y décimo quinto: localización de posibles situaciones que despierten ansiedad anticipatoria y trabajo con protocolo de trabajo a futuro.

Décimo sexto día: reevaluación y cierre.

Chequeamos, al terminar, el SUD y el VOC globales para contrastarlos con los obtenidos al comienzo del tratamiento.

Se trabajará con EB la posible desensibilización hasta llegar a SUD:0 y la consecuente opción de conseguir una VOC:7. En caso de no ser posible, se buscará la instalación de una Cognición Positiva relacionada con la posibilidad de enfrentar su historia desde una perspectiva diferente (más empoderada) y sintiéndose más capaz de aceptar y sostener lo vivido.

APÉNDICE 2

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

(texto resumido)

“... La hipótesis de este estudio plantea que un tratamiento específico para el TPEPT con EMDR puede producir una mejoría significativa sobre los síntomas físicos en pacientes con FM que padezcan un TPEPT asociado.

2. Material y métodos:

2.1 Objetivos:

En una población de pacientes con diagnóstico de FM y TPEPT, evaluar el impacto de una intervención terapéutica estructurada con EMDR sobre los síntomas físicos relacionados con la FM frente a un grupo control en lista de espera para la intervención.

2.2 Diseño:

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico piloto. La población a estudio estará compuesta por pacientes con diagnóstico de FM que cumplan también criterios diagnósticos de TPEPT.

Los pacientes que acepten ser incluidos serán valorados en una consulta específica de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla. Esta consulta está dedicada al tratamiento de pacientes con FM. En ella se confirmará el diagnóstico de FM y se realizará una valoración inicial de la presencia de TPEPT.

Si el paciente cumple criterios diagnósticos de ambas enfermedades, se asignará de forma aleatoria a tratamiento con EMDR mediante un protocolo estructurado de actuación frente a permanecer en lista de espera para dicho tratamiento. Cuando finalice el periodo de seguimiento sin intervención, se ofrecerá tratamiento al grupo control.

Esta opción terapéutica no se oferta en el Servicio Madrileño de Salud y solamente está disponible en la práctica clínica privada.

2.3. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
 - Cumplir criterios diagnósticos modificados de FM de la American College of Reumatology (2010).
- Cumplir criterios diagnósticos del DSM V de TPEPT (30).
- Firma del consentimiento informado.

2.4. Criterios de exclusión:

- Haber recibido en los últimos 3 meses o estar recibiendo tratamiento psicoterapéutico activo por parte de un profesional de salud mental.
- Haber iniciado un nuevo tratamiento farmacológico o una modificación de dosis significativa en el último mes de un fármaco ya prescrito.
- Presentar trastorno de la personalidad significativo, cuadro psicótico o síndrome depresivo severo.
- Tener historia pasada o actual de abuso de drogas.

2.5. Fases del estudio:

a) Reclutamiento y valoración inicial:

Los pacientes que acepten ser evaluados inicialmente serán remitidos a la consulta de patología médica funcional del Hospital Universitario Infanta Cristina perteneciente al Servicio de Medicina Interna, donde se realizarán tres actuaciones:

- Confirmación del diagnóstico de FM mediante los criterios modificados de la American College of Reumatology (2010).
- Valoración de la presencia de TPEPT mediante los criterios DSM-5. Una vez confirmado el diagnóstico de FM y TPEPT, se realizará una aleatorización para recibir tratamiento o mantenerse en lista de espera. Esta aleatorización será asistida mediante un programa informático.
- Se registrarán las variables demográficas y se administrarán los cuestionarios descritos en el apartado de variables clínicas en la visita inicial y al final del protocolo terapéutico en el grupo de tratamiento y en la visita inicial y a las 20 semanas en el grupo control.

b) Intervención terapéutica: La intervención psicoterapéutica se realizará de forma individual por un equipo de profesionales (psicólogos y médicos) con entrenamiento en EMDR que serán supervisados mediante sesiones semanales por una psicóloga experta en EMDR que coordinará al resto de profesionales. El protocolo de intervención ha sido diseñado por dicha psicóloga, Begoña Aznárez... “

**DR. 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
Comunidad de Madrid
Comité Ético de Investigación
Clínica**

Fdo.: Dra. Avendaño Solá
Presidenta del CEIm

