

Fibromialgia, apego e identidad: análisis de un caso clínico

Fibromyalgia, attachment and identity: analysis of a clinical case

Lorena Velayos Jiménez

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

Servicio de Interconsulta y Enlace de Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Resumen

La fibromialgia es un síndrome descrito por primera vez en 1981 y catalogado como diagnóstico dentro de la CIE-10 en 1992. Se trata de un cuadro clínico que incluye sintomatología de dolor en varios puntos del cuerpo, así como otros síntomas digestivos y emocionales. La Teoría del Apego puede suponer un cuadro teórico desde el que comprender el síndrome de la fibromialgia desde un punto de vista biopsicosocial, abordando el sistema psiconeuroendocrino-inmunológico. El objetivo del artículo es analizar un caso clínico de fibromialgia y síndrome de Crohn desde la perspectiva de la teoría del apego. Se trabajó desde la terapia basada en la mentalización abordando tres conflictos básicos, así como con técnicas corporales para facilitar la regulación emocional. Se concluye que la teoría del apego respalda el trabajo psicoterapéutico con personas que sufren fibromialgia mediante la integración de las vivencias de la persona y de sus síntomas, ayudando a potenciar su identidad y sentimiento de empoderamiento. Se debe considerar de forma holística la parte biológica, psicológica y social para realizar un tratamiento integrado y no multidisciplinar, sino interdisciplinar.

Palabras Clave: Fibromialgia, Apego, Trauma, Identidad, Biopsicosocial.

Abstract

Fibromyalgia is a syndrome described in 1981 and cataloged as a diagnosis within the ICD-10 in 1992. It is a clinical entity that includes symptomatology of pain in various points of the body, as well as other digestive and emotional symptoms. Attachment theory can suppose a theoretical framework to understand the fibromyalgia syndrome from a biopsychosocial point of view, including the psychoneuroendocrinoimmunological system. The objective of the work is to analyze a clinical case of fibromyalgia and Crohn's syndrome from the perspective of attachment theory. The mentalization-based therapy was used in three basic conflicts, as well as with body techniques to facilitate emotional regulation. In conclusion, the attachment theory supports a way of working with fibromyalgia patients that favors the integration of the person's experiences and symptoms, helping to enhance their identity and empowerment. The biological, psychological and social aspects must be considered in a holistic way in order to carry out an integrated and interdisciplinary treatment and not multidisciplinary.

Keywords: Fibromyalgia, Attachment, Trauma, Identity, Biopsychosocial.

INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia como entidad diagnóstica fue descrita por primera vez en el año 1981 (Diéguez, 2009). Se trata de un síndrome crónico caracterizado por dolor generalizado y una sensibilidad aumentada a la presión en varios puntos anatómicos específicos denominados "tender points" (Yunus et al., 1981). Esta sintomatología de dolor musculoesquelético no suele aparecer aislada, sino que incluye otros síntomas no musculoesqueléticos como fatiga, problemas de sueño, cefaleas, rigidez articular, sensación de tumefacción en las manos, síndrome de intestino irritable, alteraciones cognitivas (dificultades de memoria, por ejemplo), así como ansiedad, depresión, (Gálvez-Sánchez y Reyes del Paso, 2020; Diéguez, 2009). El amplio espectro sintomatológico hace pensar en un cuadro que afecta a la persona entendida como un todo, respondiendo a la perspectiva bio-psico-social.

Fue reconocido como diagnóstico diferencial en relación con otras enfermedades reumatológicas en la Declaración de Copenhague en 1992 (Anón, 1992), después de que el American College of Rheumatology (ACR) enunciara los criterios clasificatorios en 1991 (Quinter, 1992). Fue introducido en el sistema clasificatorio internacional CIE-10 (OMS, 1992). Se han revisado los criterios diagnósticos en varias ocasiones, siendo la más reciente en 2016 (Gálvez-Sánchez y Reyes Del Paso, 2020).

La prevalencia de la fibromialgia es de 2-4% en la población general (Gálvez-Sánchez y Reyes del Paso, 2020). En España, según lo informado por el estudio de prevalencia de enfermedades reumáticas en la población adulta (EPISER), realizado por la Sociedad Española de Reumatología en 2016 y publicado en 2019, la prevalencia de es de 2,45% (SER, 2016). En el anterior estudio realizado por la misma sociedad (año 2000) la prevalencia fue de 2,37%. España presenta una cifra de prevalencia similar a Suecia, e inferior a países como Alemania, Portugal o Italia, si bien supera a Estados Unidos o Francia (Cabo-Meseguer y cols., 2017, citado en

Gálvez-Sánchez y Reyes del Paso, 2020). La prevalencia es mayor en mujeres, con una proporción mujer:varón 21:1 (Diéguez, 2009).

Dado el carácter ambiguo y generalizado de la sintomatología de la fibromialgia, resulta complicado investigar sobre datos objetivos. Los criterios diagnósticos establecidos en 1991 por el ACR no parecen contribuir a comprender completamente este síndrome. Quizá un marco de entendimiento que atienda más a la perspectiva cualitativa desde una mirada holística bio-psico-social pueda dar cuenta de la realidad de las personas que padecen este cuadro sintomático de forma más fidedigna.

La Teoría del Apego, formulada principalmente por Bowlby en la década de 1940, puede considerarse un marco teórico que atiende a la comprensión de las personas con fibromialgia desde una perspectiva holística: revisando el recorrido biográfico de la persona e incluyendo el significado social de la enfermedad. La principal premisa de esta teoría es que existe una necesidad básica de conexión con los cuidadores, cuya forma de satisfacción determina la manera en la que nos relacionamos con los otros como niños, adolescentes y posteriormente como adultos (Bowlby, 1989). El estilo de apego desarrollado puede ser de tres tipos, según Ainsworth y cols., (1978): seguro; con padres rechazantes o evitativo; y ansioso o ambivalente. Estos dos últimos se considerarían inseguros, esto es, la necesidad de vinculación con el cuidador no se ve correspondida por este; ya sea por tendencia del cuidador a no responder a la necesidad planteada (apego evitativo), o por una respuesta inconsistente según la situación, que en ocasiones satisface la necesidad y en otras circunstancias no está disponible para ello (ambivalente).

Un apego inseguro mantenido puede suponer un estado de estrés crónico para la persona, constituyendo lo que puede significar una experiencia traumática para ella. Investigaciones realizadas en los últimos años, han relacionado el apego inseguro con el estrés y con un correlato biológico asociado, que se comentan a continuación.

Uno de los sistemas implicados en la respuesta al estrés agudo es el hipotalámico – hipofisario – adrenal (HHA), a través del cual, mediante la liberación de distintas hormonas termina activando la producción del principal glucocorticoide en las glándulas suprarrenales: el cortisol (Selye, 1936). Es en el núcleo paraventricular del hipotálamo donde se produce la hormona liberadora de corticotropina (CRH), que estimula la liberación de adrenocorticotropina (ACTH) en la hipófisis. Esta última hormona activa la producción del cortisol, que se ve implicado, junto con otras hormonas como la adrenalina, en la respuesta del cuerpo ante una amenaza: aumento de la frecuencia cardíaca, vasodilatación, mantenimiento del nivel de glucosa, e inhibición del sistema inmunológico, entre otras, (Duval y cols., 2010).

El cortisol genera un mecanismo de feedback negativo, inhibiendo su propia síntesis cuando se encuentra una respuesta adaptativa al estrés, mediante la inhibición de la ACTH y de la CRH (Duval y cols., 2010). Sin embargo, parece que, ante estrés sostenido, el mecanismo de feedback negativo no funciona correctamente,

acumulándose el cortisol en el torrente sanguíneo sin constituir una función de adaptación al estresor que lo generó.

Reguera (2015) indica la existencia de una insuficiente señalización glucocorticoidea en un estado mantenido de estrés, a diferencia de la respuesta al estrés agudo. Se trataría de una disminución de la capacidad de dichas hormonas de regular los sistemas relevantes implicados en la respuesta a estrés. El resultado final es una incapacidad del organismo para responder al estrés generado por el medio ambiente externo o interno a través de los glucocorticoides.

Entre las posibles causas de la insuficiencia glucocorticoidea, Reguera (2015) menciona las siguientes: una disminución de la síntesis de los glucocorticoides en la cápsula suprarrenal; la desregulación de los receptores de estas hormonas (receptores glucocorticoideos y mineralocorticoideos); un daño estructural directo del hipocampo y otros centros neurales; y/o una modulación del eje HHA por el papel del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), que se ha visto implicado en los mecanismos adaptativos frente al estrés crónico y depresión, según los autores.

Si se entiende el apego inseguro mantenido en el tiempo como una situación de estrés sostenido, aparecerá en estas personas un estado de hipocortisolismo. Esto es lo que se ha encontrado en personas con fibromialgia. Algunos autores han descrito asociaciones entre la gravedad del hipocortisolismo y la intensidad del dolor (Loevinger y cols., 2012; y Kuehl y cols., 2010, citados en Reguera, 2015), (Marín, 2019).

Romeo y cols., (2020) relacionan la fibromialgia con un estilo de apego inseguro durante la infancia, así como con un alto nivel de alexitimia. Peñacoba y cols. (2017) obtuvieron en su estudio que los pacientes con fibromialgia mostraban mayor porcentaje de estilo de apego evitativo y ambivalente en comparación con personas sin fibromialgia (19,8% frente a 7,4%; y 10,3% frente a 6,6%, respectivamente), así como menor porcentaje de apego seguro en comparación a personas sin fibromialgia (69,9% frente a 86%). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas. Algunos autores recomiendan valorar siempre experiencias traumáticas en los pacientes con fibromialgia, dada la alta prevalencia que parece existir entre vivencias traumáticas y dolor crónico (Nardi, Karam y Carta, 2020; Matías y cols., 2020).

En la misma línea, López-López y cols., (2020) describen una respuesta hipoactiva en la modulación del dolor bajo activación en los ejes autonómico y neuroendocrino en pacientes con fibromialgia, esto es, no presentaban diferencias en los niveles de tolerancia al dolor cuando había estrés y cuando no. Este patrón hipoactivo puede implicar una respuesta que puede contribuir al desarrollo y mantenimiento del dolor crónico. Matías y cols., (2020) describen la misma "desregulación crónica del sistema de respuesta al estrés" en pacientes con fibromialgia, no presentando estas una respuesta saludable de recuperación del estrés ni una respuesta cardiovascular adecuada y suficiente para regularse.

Reguera (2015), comenta que "hay cada vez mayores evidencias acerca de la posibilidad de revertir la disfunción de hipocortisolismo en pacientes con experiencia de estrés sostenido con técnicas psicoterapéuticas o farmacológicas". En esta línea de pensamiento, Zeidan y cols. (2018) objetivaron en su estudio que una mayor atención plena se asociaba con una mayor desactivación de una región cerebral que se extiende desde el precúneo hasta la corteza cingulada posterior durante el calor nocivo, sintiendo la persona menos dolor al regularse el sistema de respuesta al estrés.

Las investigaciones actuales continúan analizando la base biológica de la fibromialgia y del dolor crónico en general y algunas dirigen el tratamiento hacia dicha base. Kang y cols., 2020 estudian sobre el tratamiento de estimulación de corriente continua transcraneal (tDCS) en pacientes con fibromialgia. Parece que tiene eficacia limitada, baja tasa de respuesta y poca tolerabilidad.

Por su parte, Gerdle y cols. (2020) sugieren que los patrones de proteínas plasmáticas están asociados con umbrales de dolor en las personas con dolor crónico generalizado.

Feraco y cols., 2020, en su estudio de neuroimagen comentan que altos niveles de glutamato (asociado a la respuesta al estrés) pueden estar relacionados, dependiendo de la concentración, con atrofia morfológica descrita en pacientes con fibromialgia. Asimismo, describen un grosor cortical significativamente más bajo en estas pacientes en algunas partes de la circunvolución cingulada en ambos lados y en la circunvolución occipital inferior derecha.

La relación entre lo psicológico y lo biológico comentada en los párrafos anteriores va en la línea de la perspectiva de la existencia de un sistema psico-neuro-inmuno-endocrinológico. Se considera a George Solomon el padre de la psiconeuroinmunología: "un campo científico interdisciplinario que se dedica al estudio e investigación de los mecanismos de interacción y comunicación entre el cerebro (mente/conducta) y los sistemas responsables del mantenimiento homeostático del organismo, que son: el sistema nervioso (central y autónomo), inmunológico y neuroendocrino, así como sus implicaciones clínicas" (citado en Cabrera y cols., 2017).

Si bien los componentes psicológico y biológico constituyen dos vértices que hay que atender a la hora de comprender el síndrome de la fibromialgia, un tercer punto a valorar es la perspectiva social. Según cita Diéguez (2009), Barsky y Borus (1999) explican la construcción social de la fibromialgia desde lo que denominan una "amplificación mediática". En este sentido, los síntomas de malestar somático procedentes de estrés psicosocial o de enfermedades médicas previas resistentes a tratamiento, son amplificados a través del sistema biomédico imperante en la sociedad actual, incrementando la atención que se le da a estas molestias cotidianas. Al poner nombre a este malestar, por ejemplo "fibromialgia", se pueden reatribuir síntomas esta nueva categoría nosológica, favoreciendo la autoexploración del paciente, que confirma de forma repetida su nueva "enfermedad". Los autores mencionados consideran mayor vulnerabilidad para este proceso a las personas con

trastorno mental, historia de trauma o personas que ven reforzados sus síntomas a través de una mayor atención o satisfacción de la necesidad de apego por parte de los cuidadores.

La Teoría del Apego, pese a tener una base psicológica, atiende a una perspectiva bio-psico-social desde la que se puede comprender el síndrome de fibromialgia, e incluso trazar una línea de tratamiento.

Hasta el momento, se considera que el tratamiento de la fibromialgia tiene que ser multidisciplinar, pudiendo incluir estrategias de psicoterapia cuyo objetivo es "controlar los aspectos emocionales de la ansiedad y depresión" (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2019). Existen varios tipos de tratamiento psicológico como la psicoeducación, la terapia cognitivo conductual y las técnicas de relajación. Se podría decir que estos tratamientos van dirigidos a reducir el síntoma del dolor o eliminarlo, sin atender a la funcionalidad de este ni al significado que tiene para la persona dentro de su proyecto vital. La teoría del apego puede aportar una perspectiva más amplia del dolor en la fibromialgia.

El objetivo de este artículo es analizar el caso de una mujer con fibromialgia atendida desde el servicio de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, derivada desde el servicio de Reumatología por "Fibromialgia y Síndrome de Crohn", desde el marco teórico de la teoría del apego.

DATOS PERSONALES Y MOTIVO DE CONSULTA

Se trata de una paciente de 51 años que en adelante llamaremos B. Es natural de Marruecos. Vive en España desde que tenía 27 años. Convive con su marido, de 53 años, su hija de 16 y su hijo de 11. Es la menor de 5 hermanos. Su familia de origen vive en Marruecos. Su padre falleció cuando ella tenía 6 años, por un accidente cardiovascular. Su marido es natural de Marruecos, si bien se conocieron en España. Trabaja desde que tenía 28 años en una empresa de limpieza que tiene convenio laboral en el sector público.

La paciente acudió al Servicio de Interconsulta y Enlace de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en mayo de 2019 tras ser derivada por el Servicio de Reumatología por "fibromialgia y cuadro de Crohn". Fue la reumatóloga la que le ofreció seguimiento con Salud Mental, mostrándose la paciente al inicio reticente al no entender la relación entre su dolor y su sistema mental. Finalmente aceptó con objetivo de "probar" algo que pudiera ayudarle a reducir el dolor.

En la primera entrevista fue valorada por una psicóloga clínica y una psiquiatra. La paciente mantuvo llanto durante toda la entrevista, refiriendo encontrarse triste desde hace mucho tiempo (no podía especificar cuánto), sin identificarlo con ningún desencadenante. Negó tener antecedentes personales de atención por un profesional de la salud mental, ni antecedentes familiares de salud mental, si bien el marido presentaba en el momento de la terapia lo que B describía como dependencia al consumo de alcohol, sin seguimiento por parte de ningún profesional.

HISTORIA CLÍNICA

Relató inicio del dolor asociado a la enfermedad de fibromialgia tras primer embarazo de su hija de 16 años en la actualidad (en 2003), con empeoramiento posterior tras el embarazo de su hijo de 11 años (en 2008). Tras el nacimiento de su hija, describió haber aumentado su peso ponderal (no especificaba cuánto), con peligro de afectación en la movilidad de las piernas si se quedaba embarazada de nuevo. Tras retirarle el anticonceptivo desde el Servicio de Reumatología por la patología de dolor crónico, se quedó embarazada de su hijo sin esperarlo. Refirió que los especialistas le recomendaron que abortara, si bien ni ella ni su marido desearon hacerlo. Tuvo una interrupción voluntaria de un embarazo cuando tenía 16 años de edad, fruto de su primera relación de pareja. Posteriormente fue "abandonada" en dos ocasiones por esta pareja, según lo percibido por la paciente. Cuando tenía 27 años conoció a su actual marido, al que ayudó a obtener la nacionalidad española, enseñó parcialmente el idioma español, y apoyó económicamente para que se trasladase a España desde Marruecos.

Tras el nacimiento de su hijo, su marido perdió el trabajo, lo que desencadenó que no pudieran pagar el coste del domicilio donde residían, teniendo que mudarse. Alquilaron una casa en conjunto con parte de la familia de su marido, con quien describió tener relación conflictiva. A lo largo de las citas en psicología, pudo identificar con mayor claridad el desencadenante de su dolor y tristeza actual: "cuando empecé a estar enferma... mi marido perdió el trabajo, perdí todo... mi piso... empezó el dolor...".

Desde el 2009 al 2013 fue intervenida en varias ocasiones: por un quiste ovárico, por epicondilitis izquierda, y por hemicolectomía derecha por estenosis ileon. En 2013 fue diagnosticada de Síndrome de Crohn. Padecía estreñimiento de larga data. Fue diagnosticada de artrosis y de una alteración en un disco vertebral en 2019.

Pese a todos los problemas de salud, B nunca ha tramitado el reconocimiento de porcentaje de discapacidad, y ha mantenido su empleo en la empresa de limpieza pese a necesitar momentos de interrupción laboral temporal.

Durante la evaluación se objetivó que presentaba mal control de los ritmos circadianos: ritmo vigilia sueño alterado, con insomnio mixto de larga data; y falta de regularidad en la alimentación, con episodios de falta de apetito y otros de ingesta mayor de lo que la paciente desearía.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se realizó una entrevista clínica semiestructurada para recoger la historia de la paciente, sus antecedentes personales, situación biográfica y exploración psicopatológica.

Si bien B mostraba dificultades para mantener un discurso espontáneo y claro que explicase el porqué de su malestar emocional en ese momento, pudo explicar su dolor y las consecuencias que le estaba suponiendo este, expresando repercusión funcional y emocional.

La paciente había sido diagnosticada previamente de Fibromialgia (M79.0 [CIE-10]) y Síndrome de Crohn (K50 [CIE-10]), por otros especialistas diferentes a los de Salud Mental.

En la valoración realizada desde Salud Mental, se objetivaron criterios de Distimia (F34.1 [CIE-10]). En la medida en la que avanzaba el proceso terapéutico, se objetivó además sintomatología del espectro del estrés postraumático: recuerdos intrusivos ocasionales de eventos traumáticos para ella, dificultades para recordar algunos aspectos importantes de su vida (sobre todo de episodios dolorosos para ella), tendencia al distanciamiento social, falta de interés en actividades que anteriormente le resultaban placenteras, tendencia a la hiperalerta, trastornos del sueño, sentimientos de culpa o vergüenza intensos y desconexión del medio.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Al preguntarle a la paciente por la expectativa en relación al proceso terapéutico, y por el objetivo que se planteaba en este espacio refirió necesitar ayuda con el tratamiento farmacológico "para estar menos triste", y posteriormente indicó la posibilidad de ser ayudada mediante la escucha.

Los objetivos planteados consistieron en:

- Ayudarle a manejar la intensidad emocional y favorecer su regulación de afectos.
- Favorecer la expresión de sus sentimientos y ponerlos en relación con su biografía para obtener un significado de los mismos.
- Ayudar a reconectar a B con su identidad para fortalecer su estructura yoica y continuar con su proyecto vital.

PLAN DE TRATAMIENTO

En la primera consulta se mantuvo el tratamiento farmacológico con paroxetina 20 mg 1,5-0-0 iniciado por el médico de atención primaria semanas antes. Se recomendó incrementar la dosis a 2 mg si la paciente no sentía efecto del tratamiento en su estado de ánimo general. Se redujo el tratamiento con zolpidem 10 mg a un comprimido antes de dormir en lugar de 2; y se introdujo trazodona 100 mg, medio comprimido antes de dormir, con objetivo de ayudar a regular el ciclo vigilia-sueño.

En diciembre de 2019 su médico de Atención Primaria realizó un cambio de tratamiento de paroxetina a fluoxetina 20 mg. Tras sufrir la paciente un episodio disociativo en dicho mes durante una consulta terapéutica, es valorada nuevamente por psiquiatría, quien sustituye la fluoxetina por duloxetina 60 mg 1-0-0. Mantiene

dicho tratamiento hasta enero de 2020, que abandona ante clínica de dificultad respiratoria por temor a que le influya en su evolución neumológica.

En la valoración inicial de la paciente se recomendó una baja laboral de un mes hasta inicio de mejoría de la sintomatología ansiosodepresiva presentada, así como mantener hábitos de vida saludables en relación a los ritmos cronobiológicos respecto al sueño-vigilia y a la alimentación.

Se inició un seguimiento en el servicio de Psicología Clínica desde mayo de 2019 hasta mayo de 2020, con objetivo de desplegar un espacio de escucha donde colocar y entender su tristeza.

Desde la justificación teórica de la teoría del apego aplicada al vínculo terapéutico (Holmes y Slade, 2019), se llevó a cabo una terapia basada en la escucha activa favoreciendo un vínculo seguro desde el que integrar en la identidad de la persona los aspectos traumáticos que fue necesitando expresar en el contexto terapéutico, sin presión por parte del terapeuta.

Se utilizó la técnica de la línea de vida para explorar biografía, ya que la paciente presentaba algunas dificultades para recordar de forma ordenada lo acontecido, e incluso algunas pérdidas de memoria que trató de rellenar durante la terapia. Refería sentir un "nudo en la garganta" cuando hablaba de aspectos dolorosos, y posteriormente alivio de este tras expresarlo conscientemente.

Mediante la línea de vida, se objetivaron tres focos de intervención (según la Psicoterapia Breve descrita por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia -SEMPYP-): principalmente duelos diferidos desde la infancia, proceso de dependencia-autonomía, e identificación con las figuras materna y paterna.

En relación a los duelos, pudo hablar del fallecimiento de su padre y de la idealización que sentía por él, de la pérdida de su bebé tras la interrupción voluntaria de su embarazo a los 16 años (con ayuda de su madre, de la que describió haber recibido un apoyo ambivalente), de los sentimientos de abandono asociados a los conflictos con su primera pareja, así como de las pérdidas de su piso cuando tuvieron problemas económicos después de que naciera su hijo menor y de la pérdida de salud. Conectaba en algunos momentos el duelo de estos aspectos de su vida con el temor a la muerte, refiriendo sentirse mayor, "cambiada... vieja...", y sentir "asco" por ello. Asimismo, conectó las pérdidas con la forma de relacionarse en el momento actual, por ejemplo con su hijo "tenemos una relación especial, me recuerda a mí de pequeña...", o con su marido "nunca será como mi padre...".

En cuanto al conflicto de dependencia-autonomía, B mantenía una relación ambivalente con su madre de la que pudo hablar durante las sesiones. Al decidir acudir a España para estudiar y encontrar mayor dificultad para hacerlo de la que esperaba, quiso volver a Marruecos, si bien, B comentó que debido al embarazo que tuvo fuera del matrimonio, su madre le recomendó que se quedase en España trabajando. Desde los 27 años fue una de las dos fuentes principales de ingresos económicos de la familia, junto con su hermana mayor. Esto le

generó algunos problemas económicos para sobrevivir en España. En el momento de la terapia, sintió que había tenido muchas cargas y que eso "le dolía". Consiguió viajar a Marruecos y comportarse de forma diferente con su familia: describía que, desde una figura adulta e independiente, pudo colocarse en una posición diferente con su familia de origen, sin sentir cargas, sintiéndose liberada por ello.

En cuanto a la identificación, había dos conflictos que le generaban angustia: qué parte de ella era marroquí y cuál española; y qué tipo de madre quería ser ella. Pudo reflexionar sobre estos conflictos internos y conectar las experiencias vividas con la forma en que se relacionaba interpersonalmente con los otros en España y en Marruecos, y la manera en que ella era madre, repitiendo en ocasiones de forma automática las conductas de su madre.

Se utilizaron técnicas de arriba a abajo como las descritas en relación a la reflexión consciente sobre los conflictos comentados favoreciendo la capacidad de mentalización y regulación emocional. Asimismo, se usaron técnicas de abajo a arriba, esto es, desde lo corporal, para conseguir resultados a nivel cognitivo: estrategias de regulación emocional basadas en relajación muscular, mindfulness, higiene del sueño y psicoeducación sobre la organización de los ritmos circadianos.

RESULTADOS

En mayo de 2020 se revisó la evolución psicoterapéutica para valorar la necesidad de continuación del proceso con otro psicoterapeuta, dada la finalización de contrato de la persona que le atendía. Se realizó una entrevista semiestructurada de valoración. B refirió que había acudido a terapia "por una cosa y ha salido otra, y tengo que afrontarlo". Al tratar de aclarar esta frase, comentó haberse sorprendido al revisar su biografía durante las sesiones de psicoterapia y haber comprendido la relación de su dolor con sus vivencias. Asoció el malestar emocional en el momento de acudir a Salud Mental con dificultades en la relación con sus hijos, al recordarle su hijo a su infancia y su hija a su adolescencia. Esta última tiene la misma edad que tenía ella cuando sufrió una de las pérdidas que le generaban más dolor (la interrupción del embarazo a los 16 años).

Algunos fragmentos de la última sesión psicoterapéutica son los siguientes:

"He sacado cosas de mi casa, me siento aliviada, tengo los mismos dolores, pero no es lo mismo, tengo la cabeza despejada, antes era de lágrima fácil y tenía una presión en el pecho y ahora no...".

"El reumatólogo me derivó al psicólogo porque creía que mis dolores eran psicológicos, pero yo no me los invento...".

Comentó notar que había conseguido poner límites a su familia de origen y sentirse más liberada por ello, algo que no había podido hacer durante su infancia y parte de vida adulta por temor a que le rechazasen.

Con respecto a la relación con los otros, comentaba notar a su marido más atento con ella, y haber abandonado este el consumo de alcohol desde septiembre de 2019.

Contaba que sus compañeras de trabajo habían notado mejoría en ella: "no me pongo tan nerviosa rápido...".

Identificaba la proximidad y cercanía que había recibido en el espacio de terapia como factores terapéuticos que le habían ayudado.

Comentaba no tener la necesidad de continuar con el seguimiento en salud mental porque sentía que "he colocado mi pasado y no quiero removerlo más...", si bien se mostraba disponible a tener nuevas citas que le ayudasen a ir integrando la incertidumbre asociada a la Pandemia COVID-19 desde marzo de 2020. Finalmente se acordó continuar el seguimiento a demanda, de modo que B pudiera solicitar nueva cita si lo requiriera, no habiendo sido así hasta el momento actual (julio de 2020).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al analizar este caso desde la teoría del apego, se puede objetivar historia de trauma complejo desde la infancia y retraumatizaciones posteriores al repetirse historia de pérdidas y duelos sin resolver.

B describía una relación de apego ambivalente con su madre, describiéndola como un apoyo a la vez que percibía de ella situaciones de exposición a amenazas. Destacaba el caso de sentirse temerosa y angustiada desde los 4 años, cuando su madre tenía relaciones extramatrimoniales y le pedía a B que fuera su coartada. Asimismo, comentaba sus sentimientos de abandono con respecto a su madre cuando emigró a España a los 27 años y tuvo que salir adelante sin ayuda de su madre, que le pidió que no volviera a Marruecos.

Manténía asimismo una relación de apego ambivalente con su padre, quien estaba frecuentemente fuera de casa. Sin embargo, relataba algunos episodios de atenciones por su parte que B idealizaba y fantaseaba con volver a revivir. Trataba de comprender la relación de maltrato físico que refería haber entre sus padres intentando identificar un culpable. Con frecuencia, durante la terapia se mostraba ambivalente en la identificación de dicho culpable entre su madre y su padre, algo que le hacía sufrir con gran intensidad, llegando a verbalizar que su padre falleció de la patología coronaria por el sufrimiento que tenía en el sistema familiar.

El estilo de apego ambivalente favorecía que existiera un conflicto en el proceso de individuación-separación de sus progenitores, poniendo en riesgo su capacidad de autonomía e independencia.

Galán (2020) refiere que en el estilo de apego ambivalente la persona trata de asegurarse atención y apoyo ajeno (cuya experiencia de este apoyo se ha basado en la inconsistencia) tendiendo a ser demasiado consciente de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales relacionadas con la amenaza y la vulnerabilidad.

En este sentido, tenderá a exagerar su malestar de forma inconsciente para asegurarse que la señal de petición de ayuda le llega al otro. Esto puede relacionarse con lo que le ocurre a la paciente del caso analizado en este artículo. La diversidad de la sintomatología somática hace difícil no percibir el malestar de la paciente y facilita la actitud de tenderle una mano de ayuda. Como se indicó al inicio del artículo, es frecuente que las personas con diagnóstico de fibromialgia presenten otras alteraciones como sintomatología gastrointestinal, insomnio u obesidad.

Al mismo tiempo que se emite una petición de ayuda de forma consciente y en ocasiones abrumadora, en el caso de la paciente que analizamos, hay un sentimiento de culpa asociado a la exposición de la necesidad de apego de cara al otro, por temor al rechazo de este. La paciente comentó en varias ocasiones durante la terapia su temor a ser excluida del grupo de personas con el que trabajaba "por prejuicios...", e incluso en algunas sesiones de psicoterapia pedía disculpas por haber hablado de lo que le preocupaba, refiriendo temor de "aburrir" al psicoterapeuta.

Una relación de apego seguro con los padres va a favorecer que estos lleven a cabo la función de espejo de las emociones y estados mentales del bebé que comentaba Winnicott (San Miguel, 2008). Se basa en la conexión que parece haber entre la expresión emocional de los niños pequeños y la respuesta de los cuidadores, que permite a los pequeños una conexión mental de ambos procesos. La función de espejo o de reflejo de los estados mentales del bebé, implicaría, según San Miguel (2008) lo siguiente: el progenitor amplifica el estado emocional del niño y se lo devuelve, favoreciendo así la sensibilización y reconocimiento del menor cuando aparece ese estado mental; se genera una representación secundaria de esa emoción experimentada; se regulan así las emociones más intensas y se instaura la capacidad de comunicar esa emoción.

En la medida en que la respuesta del adulto supone una comunicación contingente para el niño, en la cual se ve respondido con una señal que encaja con la que se envió inicialmente, existe una integración desde el punto de vista de la neurobiología interpersonal (Siegel, 2016).

Fonagy y cols., (2002) sostienen que existe una estrecha relación entre la regulación emocional y el desarrollo del sí mismo o la identidad. Describen la "mentalización" como "el proceso a través del cual tenemos la percepción de que nuestra mente es mediadora de la experiencia que tenemos del mundo". El apego seguro permitiría la internalización progresiva de la capacidad propia de regulación afectiva (Reguera, 2015).

Si pensamos cómo nos puede ayudar a nivel clínico la teoría del apego, Galán (2020) comenta que "más allá de lo verbal, el paciente se relacionará contigo con unos esquemas interaccionales forjados desde esquemas pre-verbales y pre-reflexivos que, más que ser hablados, serán actuados en la relación; y como corolario: aquellos serán modificados a partir de la relación (terapéuticamente) protectora que establezcas con el paciente, donde los aspectos no verbales (presencia física, tono y cadencia de la voz, etc.) serán fundamentales".

El terapeuta ha de constituir una base segura que permita al paciente atreverse a explorar su interior y su exterior (Holmes y Slade, 2019), actuando el terapeuta de espejo para ayudar al paciente a cuestionarse sus

estados y representaciones mentales del yo y de los otros, permitiéndose modularlos. En este sentido, y en relación a lo comentado por Galán (2020) en el párrafo anterior, Fonagy y Allison (2014) sostienen que existe una "vigilancia epistémica" innata, que consiste en una desconfianza natural sobre los otros, de modo que se trataría de una defensa que nos aleja de lo social. Una persona necesitaría percibir en el otro una serie de señales para hacer frente a esta desconfianza innata, que denominan "señales ostensibles", y que se pondrían en marcha también durante el proceso terapéutico, al ser este una relación interpersonal.

Una terapia reciente basada en la teoría del apego es la descrita por Montero-Marín y cols., (2018) y que denominan "Terapia de compasión". Comprende ocho sesiones de 2,5 h de duración e incluye ejercicios de entrenamiento en atención plena, y en la recepción y ofrecimiento de una actitud compasiva en las distintas relaciones interpersonales: amigos, individuos problemáticos para la persona, desconocidos, y para uno mismo. Resultó ser más eficaz que una terapia de relajación en la reducción de sintomatología de dolor en las pacientes con fibromialgia.

En la misma línea, en un estudio reciente, Yarns y cols. (2020) refieren que la terapia basada en la conciencia y expresión emocional puede lograr una reducción sustancial del dolor al procesar las emociones evitadas y contribuir así a la integración en el sistema psiconeuroendocrino-inmunológico comentado en la introducción del artículo.

Bellomo y cols. (2020) han relacionado la tolerancia al dolor con la respuesta a algunos tratamientos psicoterapéuticos (terapia cognitivo conductual, psicoeducación o entrenamiento en conciencia emocional). La eficacia de estas terapias en general fue mayor en las personas con niveles tolerancia al dolor menor, como puede ser el caso de los pacientes con dolor crónico o fibromialgia. El entrenamiento en conciencia emocional obtuvo mejores resultados en cuanto a nivel de tolerancia al dolor por presión que la terapia cognitivo conductual.

La hipótesis del hipocortisolismo en pacientes con experiencia de estrés sostenido abre la puerta a la implementación de líneas de investigación destinadas a analizar la estrategia terapéutica de fomentar la recuperación ante una respuesta de estrés. Resulta congruente con los beneficios obtenidos con estrategias de regulación emocional mediante entrenamiento de una conciencia plena de estas (Matías y cols., 2020).

Una perspectiva terapéutica holística de la fibromialgia resalta la importancia de que en el tratamiento se deban examinar además las actividades de ocio, el descanso o la mejora de la calidad del sueño, para disminuir los síntomas y aumentar la calidad de vida de los pacientes (Matías y cols., 2020; Wiklund y cols., 2020).

Las intervenciones online han aumentado en los últimos 15 años (White y cols., 2020). Estos autores revisan la eficacia de las intervenciones de autoayuda basada en la terapia cognitivo conductual para la ansiedad, la depresión y la angustia en personas con enfermedades crónicas como la fibromialgia. Obtienen resultados

inconsistentes, siendo necesario aclarar el efecto de estas prácticas sobre afecciones de salud específicas, si bien parece que podrían reducir los síntomas mencionados en personas con afectaciones crónicas.

Algunos autores comentan el beneficio de la terapia de grupo para pacientes con fibromialgia. Diéguez (2009) hace hincapié en cómo los factores terapéuticos grupales señalados por Yalom pueden repercutir sobre el bienestar de las pacientes con fibromialgia: sentimiento de pertenencia y de identidad, esperanza, lugar donde uno no necesita demostrar que está enfermo para recibir atención o conseguir tener un vínculo interpersonal seguro, y surgimiento de narrativas alternativas menos rígidas.

Existe una diferencia entre el concepto de "multidisciplinar" y "biopsicosocial", confundiendo a veces en el tratamiento de las personas con fibromialgia. En ocasiones, derivar a múltiples especialistas no significa atender a la paciente desde un punto de vista integrado biopsicosocial, sino que puede favorecer incluso la disgregación de la persona.

Ramos (2004) comenta que, en la sociedad occidental actual, en la que impera el capitalismo, "la integración de conocimientos, no van más allá, en muchas ocasiones, de un como si, de una pseudocomprensión de las cosas que, inevitablemente, se acompaña de una actuación que no supone sino más de lo mismo". Esto explica que, en muchas ocasiones, el reumatólogo, el endocrino y el psicólogo que atiende a una persona con una dolencia como la fibromialgia actúa como si estuviera haciendo un trabajo en equipo, holístico, mientras que cada uno no conoce más allá de un fragmento de lo que le ocurre a la persona. Este fragmento, por sí solo, no aporta nada, sino que forma parte de un puzzle que compone la identidad de esta y da sentido a lo que le ocurre, pero aislado no es significativo. La eficiencia en este sentido es cuanto menos cuestionable, pues aumentan los gastos sanitarios y el efecto en el paciente es nimio.

"El capitalismo deja a los pacientes en la pasividad absoluta" (Ramos, 2004). En la medida en la que el paciente sea marginado de las decisiones sobre su intervención y sobre el planteamiento de esta, no va a poder entenderse a sí mismo ni hacerse cargo de su mejoría. Muchas son las quejas que se reciben desde el sistema sanitario acerca de la tendencia demandante de los pacientes con fibromialgia, percibiendo los profesionales que los pacientes no se encargan lo suficiente de ellos mismos. Quizá si pensásemos cómo incluir al paciente en el centro de su tratamiento sería más sencillo para él saber hacia dónde dirigirse. Ocasionalmente, el sistema sanitario colabora en un fenómeno de atribución externa por parte de la persona atendida, que percibe que todo lo que ocurre en relación a ella está fuera de su control, generando narrativas rígidas al respecto.

Como se ha comentado hasta el momento, la fibromialgia es una enfermedad aún muy desconocida que aparece en pacientes cuya psique y constructo neurobiológico parecen estar disociados, y, en ocasiones, también sus realidades sociales. Es decir, existe una disgregación entre las diferentes partes de la persona, y dentro de cada una de ellas. En la medida en la que el sistema sanitario colabore para separar dichas partes va a ser más difícil reparar la estructura yoica de los pacientes con fibromialgia. Esta es una de las limitaciones del caso analizado, en el que no se llevó a cabo una coordinación de caso entre todo el equipo médico, algo

que probablemente hubiera facilitado la comprensión de los síntomas de dolor y asociados tanto a la paciente como a los profesionales. En muchas ocasiones la explicación que subyace a que no se realice un trabajo interdisciplinar es "la falta de tiempo". Esto último tiene que ver con el sistema capitalista, donde prima el deseo de obtener más y más cada vez, con satisfacciones inmediatas y dificultades para tolerar la frustración: más pacientes, más tratamientos diferentes, más profesionales encargados del caso... Quizá a veces lo más útil para el paciente sea simplificar, integrar y sostener.

Ramos (2004) critica a las personas que forman parte de lo que denomina "el capitalismo de ficción", que describe como: "renuentes a los sacrificios y la espera, exigentes del bienestar a corto plazo, familiarizados con las drogas" y cita a Lipovetsky y su "ética sin dolor".

Byung-Chul Han (2015) ha escrito varios títulos sobre la actual sociedad de rendimiento, en la cual lo relevante sería producir sin cesar. Algo de esta filosofía se puede leer entre líneas en la continua producción de síntomas que subyace a la fibromialgia, siendo en ocasiones el sistema sanitario el que colabora en continuar magnificando la sintomatología derivando a nuevos profesionales. Es importante no perder de vista que todos esos síntomas corresponden a un único sujeto, identidad y biografía. Se puede confundir el intento de comprender a la persona con el hecho de disgregar su sistema biopsicosocial.

En el caso comentado, existe un papel importante de lo social que se pone de manifiesto en ambos países a los cuales pertenece la paciente: España y Marruecos. Marr y cols., (2020) estudiaron la relación entre algunas formas de psicopatología y la etnia, objetivando niveles significativamente mayores de trastornos del sueño, trastornos del estado de ánimo y de depresión en las minorías étnicas en comparación con los participantes blancos. Este resultado puede ser consonante con la relación entre sintomatología y disgregación de la identidad comentada previamente, puesto que las minorías étnicas pueden encontrarse con más probabilidad en una sociedad donde se les separa y segmenta. B mencionaba en el espacio psicoterapéutico su sensación de extrañeza, de sentirse diferente en los grupos sociales al mudarse a España, y en la actualidad en sus visitas a Marruecos, y su miedo al rechazo en este sentido. Estos autores informaron de mayores niveles de mejoría de la sintomatología del estado de ánimo en los pacientes pertenecientes a la minoría que en los pacientes blancos.

En síntesis, los objetivos del tratamiento en pacientes con fibromialgia han de incluir la integración de la sintomatología desde un punto de vista biopsicosocial que incluya la atención del sistema psiconeuroendocrino-inmunológico. Se pretende atender a la identidad personal del paciente, incluyendo el dolor dentro de esta identidad y dándole un sentido (Ramos, 2004; Diéguez, 2009).

Ocasionalmente, las personas con dolor crónico pueden obtener del dolor un rol de mártir que dé cuenta de los eventos traumáticos biográficos o de su padecimiento en general. Dotar de sentido al dolor permite integrar el sufrimiento dentro del proyecto vital en contra de intentar eliminarlo, cuyo objetivo ha sido el de las terapias psicológicas utilizadas en su mayoría en las últimas décadas (psicoeducación o terapia cognitivo conductual). En caso de eliminar el dolor sin atenderlo, cabe la posibilidad de que la persona continúe intentando hacer ver

su necesidad de ser escuchada y mirada de una forma diferente, que probablemente le cause el mismo sufrimiento o más que el propio dolor físico. Creerse ese dolor, confiar en lo que la persona está describiendo y darle un lugar, es algo que la paciente que analizamos en este artículo ha comentado como terapéutico para ella a lo largo de todo el seguimiento en Salud Mental.

En cuanto a la integración desde un punto de vista de la biología interpersonal, una persona que haya tenido experiencias de abuso o abandono puede realizar un desarrollo perjudicial del crecimiento de las fibras neuronales que conectan distintas zonas del cerebro, mostrándose este fragmentado (Siegel, 2007), al igual que la identidad de la persona.

Para lograr una integración biopsicosocial, va a ser necesario atender al rol de enfermo y deconstruirlo desde una base segura, esto es, ayudar a la persona a entender ese rol y su función desde una relación psicoterapéutica auténtica, sin juicio y disponible. Analizar esa parte de la persona y explorarla minuciosamente facilitará el poder comprender su utilidad para que el sujeto pueda posteriormente permitirse reconstruirlo conscientemente sin que exista alteración funcional. Es lo que ha ocurrido en el caso de la paciente B: al finalizar la terapia insistió varias veces en que su dolor seguía estando y continuaría ahí, pero ahora le permitía tener otras cosas en la mente aparte de esa, otros roles diferentes al de enfermo.

Una terapia que está ganando peso para trabajar la integración desde un punto de vista biopsicosocial es la Terapia de Sensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing) formulada por Shapiro en 1987. Se ha considerado aplicable para supervivientes de abuso sexual, crimen y combate, así como en víctimas de fobias y otros trastornos basados en la experiencia biográfica. Actualmente es reconocido por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría como un tratamiento eficaz para mejorar los síntomas del TEPT agudo y crónico (Shapiro, 2001). Desde la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPYP) se está realizando una investigación junto con el Hospital Puerta de Hierro Majadahonda para conocer mejor el efecto de este tratamiento sobre los síntomas de las pacientes con fibromialgia titulada "Impacto del tratamiento con EMDR sobre los síntomas somáticos en pacientes con fibromialgia y trastorno por estrés postraumático".

Como conclusión final, la cita de Israel (1979) resulta ciertamente ilustrativa:

«Hay trastornos psíquicos derivados de un estado de disfunción orgánica; esto es fácilmente aceptado por cualquier médico. Por el contrario, la inversa, es decir, el trastorno somático como consecuencia de un sufrimiento psíquico, puede admitirse solamente en un plano teórico, ya que en el terreno de la práctica se desencadenan los reflejos curadores del médico y se orientan hacia los trastornos orgánicos; no se reconoce que la fuerza que los ha engendrado no la disminuye el tratamiento y que, por tanto, hallará otras vías de manifestación, quizá más peligrosas para el sujeto. Los síntomas en cuestión suelen ser designados con un término vago, cajón de sastre más o menos satisfactorio con el que el médico se descarga de las preguntas embarazosas».

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anon. 1992. Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *Lancet*; 340: 663-664.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bellomo TR, Schrepf A, Kruger GH, y cols. (2020). Pressure Pain Tolerance Predicts the Success of Emotional Awareness and Expression Therapy in Patients With Fibromyalgia. *Clin J Pain*;36(7):562-566.
doi:10.1097/AJP.0000000000000829
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España: Paidós.
- Cabrera, Y.; Alonso, A.; López González, E. y López Cabrera, Ernesto. (2017). ¿Nos enferman las preocupaciones? Una respuesta desde la Psiconeuroinmunoendocrinología. *MediSur*, 15(6), 839-852.
- Diéguez, M. (2009). Enfermedad, identidad y fibromialgia. Deconstruir el rol de enfermo: puerta de entrada a la subjetividad. *Átopos*, (8), 33-48.
- Duval, F, González, F, y Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 48(4), 307-318.
- Feraco P, Nigro S, Passamonti L, y cols. (2020). Neurochemical Correlates of Brain Atrophy in Fibromyalgia Syndrome: A Magnetic Resonance Spectroscopy and Cortical Thickness Study. *Brain Sci.*;10(6):395.
Published 2020 Jun 20. doi:10.3390/brainsci10060395
- Fonagy P, Gergey G, Jurist EL y Target, M. (2002): *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York, Other Press Lic.
- Galán, A. (2020). ¿En qué mejora la teoría del apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 2020 Vol. 41(1), pp. 66-73.
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>
- Galvez-Sánchez CM y Reyes Del Paso GA. (2020). Diagnostic Criteria for Fibromyalgia: Critical Review and Future Perspectives. *J Clin Med*;9(4):1219. Published 2020 Apr 23. doi:10.3390/jcm9041219
- Gerdle B, Wåhlén K, y Ghafouri B. (2020). Plasma protein patterns are strongly correlated with pressure pain thresholds in women with chronic widespread pain and in healthy controls-an exploratory case-control study. *Medicine (Baltimore)*;99(22):e20497. doi:10.1097/MD.00000000000020497
- Han, B.-C. (2015). *La sociedad del cansancio (Primera)*. Barcelona: Herder Editorial S.L.

- Holmes, J. y Slade, A. (2019). *El apego en la práctica terapéutica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social. (2019). *Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electrosensibilidad*. Segunda Edición. Madrid.
- Israël L. (1979). *La histeria, el sexo y el médico*. Barcelona, Toray-Masson.
- Kang JH, Choi SE, Park DJ, Xu H, Lee JK, y Lee SS. (2020). Effects of add-on transcranial direct current stimulation on pain in Korean patients with fibromyalgia. *Sci Rep*.;10(1):12114. Published 2020 Jul 21. doi:10.1038/s41598-020-69131-7
- López-López A, Matías-Pompa B, Fernández-Carnero J, y cols. (2020). Blunted Pain Modulation Response to Induced Stress in Women with Fibromyalgia with and without Posttraumatic Stress Disorder Comorbidity: New Evidence of Hypo-Reactivity to Stress in Fibromyalgia? *Behav Med*.;1-13. doi:10.1080/08964289.2020.1758611
- Marín, J. L. (2019). *Curso de Experto en Medicina Psicosomática*. Madrid: SEMPYP
- Marr NC, Van Liew C, Carovich TF, Cecchini GA, McKinley LE, y Cronan TA. (2020). The Effects of Racial/Ethnic Minority Status on Sleep, Mood Disturbance, and Depression in People with Fibromyalgia. *Psychol Res Behav Manag*;13:343-353.
- Matías Pompa B, López López A, Alonso Fernández M, Vargas Moreno E, y González Gutiérrez JL. (2020). Stress-Recovery State in Fibromyalgia Patients and Healthy People. Relationship with the Cardiovascular Response to Stress in Laboratory Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3138. Published Apr 30. doi:10.3390/ijerph17093138
- Montero-Marín J, Navarro-Gil M, Puebla-Guedea M, Luciano JV, Van Gordon W, Shonin E y García-Campayo J. (2018). Efficacy of "Attachment-Based Compassion Therapy" in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Front. Psychiatry* 8:307. doi: 10.3389/fpsy.2017.00307
- Moscoso, MS. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Revista Liberabit*, 15 (2), 143-152.
- Nardi AE, Karam EG, y Carta MG. (2020). Fibromyalgia patients should always be screened for post-traumatic stress disorder. *Expert Rev Neurother*. 2020;10.1080/14737175.2020.1794824. doi:10.1080/14737175.2020.1794824

- O.M.S.: CIE-10. (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Peñacoba C, Perez-Calvo S, Blanco S, y Sanroman L. (2018). Attachment styles, pain intensity and emotional variables in women with fibromyalgia. *Scand J Caring Sci.*;32(2):535-544. doi:10.1111/scs.12477
- Quintner J. (1992). Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *Lancet*;340(8827):1103. doi:10.1016/0140-6736(92)93128-a
- Ramos, J. (2004). Fibromialgia, ¿la histeria en el capitalismo de ficción? *Revista de la AEN*, 24, 89, pp. 115-128.
- Reguera, EA. (2015). Apego, cortisol y estrés en adultos, una revisión narrativa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35, (125), 53-77. Madrid.
- Romeo A, Di Tella M, Ghiggia A, y cols. (2020). Attachment style and parental bonding: Relationships with fibromyalgia and alexithymia. *PLoS One.*;15(4):e0231674. Published Apr 14. doi:10.1371/journal.pone.0231674
- San Miguel, MT. (2008). Regulación emocional, mentalización y constitución del sí-mismo. *Revista de Psicoanálisis en Internet*, número 29. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000550>
- Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPYP). 25 de octubre de 2019. www.psicociencias.org. Madrid. https://psicociencias.org/pdf_noticias/LA_PSICOTERAPIA_EN_LA_ENFERMEDAD_CORPORAL.pdf
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Guildford Press. ISBN 1-57230-672-6
- Seyle H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*; 138: 32.
- Siegel, D. (2016). *Neurobiología interpersonal: un manual integrativo de la mente*. Editorial Eleftheria. Olivella, Barcelona: España.
- Sociedad Española de Reumatología-SER. Proyecto EPISER 2016: Prevalencia de las Enfermedades Reumáticas en la Población Adulta en España. 2016. <https://www.ser.es/se-ha-presentado-el-estudio-episer-2016-en-la-sede-del-ministerio-de-salud-consumo-y-bienestar-social/>

- White V, Linardon J, Stone JE, y cols. (2020). Online psychological interventions to reduce symptoms of depression, anxiety, and general distress in those with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled. *Psychol Med.*;1-26. doi:10.1017/S0033291720002251
- Wiklund T, Gerdle B, Linton SJ, Dragioti E, y Larsson B. (2020) Insomnia is a risk factor for spreading of chronic pain: A Swedish longitudinal population study (SwePain) *Eur J Pain.*;10.1002/ejp.1582. doi:10.1002/ejp.1582
- Yarns BC, Lumley MA, Cassidy JT, y cols. (2020). Emotional Awareness and Expression Therapy Achieves Greater Pain Reduction than Cognitive Behavioral Therapy in Older Adults with Chronic Musculoskeletal Pain: A Preliminary Randomized Comparison Trial. *Pain Med*; pnaa145. doi:10.1093/pm/pnaa145
- Yunus M, Masi AT, Calabro Jj, Miller KA, y Feigenbaum SL. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Sem Arthritis Rheum*; 11: 15 1-171.