

Efectos diferenciales del maltrato sobre otros eventos de alto impacto en mujeres con fibromialgia

A propósito de un caso

Sheila Blanco Rico

Psicóloga

Máster en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR por el Instituto para el Desarrollo y la Aplicación de EMDR (IDAE)

Cecilia Peñacoba Puente

Psicóloga

Profesora Titular de la Universidad Rey Juan Carlos

Abstract: *This paper aims to analyze the study of trauma in fibromyalgia. For this, in the first part we present an analysis of the different papers that in recent years have analyzed the possible differential effects of trauma in this disorder. From this theoretical justification, we propose a case and a proposal for intervention with EMDR protocol (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) in combination with other, particularly cognitive behavioral psychological techniques and mindfulness.*

Fibromyalgia is a chronic pain disorder characterized by high sensitivity to pain perception, sleep disorders, anxious-depressive symptoms, cognitive impairment and alexithymia, among others. As highlighted several authors, the presence of the traumatic event in fibromyalgia affects higher levels of symptoms, especially in pain. Within these traumatic events, previous literature has given special attention to child abuse whether physical, psychological or omission in addition to sexual abuse. It has been seen that almost all traumas often occur in childhood causing deregulation in the body in some cases staying present from some negative beliefs to dissociative episodes. It is for this reason that the EMDR it seems to appear as a good therapeutic option for intervention in a case of fibromyalgia with a history of abuse, as it develops in this paper.

Keywords: *Fibromyalgia, EMDR, trauma, posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, alexithymia, cognitive impairment.*

Resumen: El presente trabajo pretende realizar un análisis del estudio del trauma en la fibromialgia. Para ello, en la primera parte se realiza un análisis de los diferentes trabajos que en los últimos años han analizado los posibles efectos diferenciales del trauma en este trastorno.

A partir de dicha justificación teórica se presenta un caso y una propuesta de intervención con el protocolo EMDR (desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos) combinándolo con otro tipo de técnicas psicológicas, concretamente cognitivo conductuales y mindfulness.

La fibromialgia es un trastorno de dolor crónico caracterizado por una alta sensibilidad a la percepción dolorosa, trastornos del sueño, sintomatología ansiosa-depresiva, y deterioro cognitivo y alexitimia, entre otros.

Tal y como destacan varios autores, la presencia del evento traumático en la fibromialgia influye en mayores niveles de sintomatología, especialmente en lo que al dolor se refiere. Dentro de estos eventos traumáticos, la literatura previa ha prestado una especial atención al maltrato ya sea físico, psicológico o por omisión además de los abusos sexuales.

La mayoría de los traumas de mayor impacto suelen ocurrir en la infancia lo que provoca que se produzca una desregulación en el organismo, quedándose en algunos casos presentes desde algunas creencias negativas hasta episodios disociativos.

Es por ello, que el EMDR se presenta como una opción terapéutica justificada para el abordaje de un caso de fibromialgia con antecedentes de maltrato, tal y como se desarrolla en el presente trabajo.

Palabras clave: *fibromialgia, trauma, EMDR, trastorno de estrés posttraumático, ansiedad, depresión, alexitimia, funcionamiento cognitivo.*

JUSTIFICACIÓN

La fibromialgia es un trastorno de dolor crónico caracterizado por sintomatología dolorosa y sensibilidad generalizada, que a menudo se acompaña de síntomas afectivos y cognitivos (Wolfe et al., 2010). Se trata de un síndrome complejo dada su etiología desconocida y la ausencia de pruebas médicas que confirmen el diagnóstico. A menudo coexiste con una amplia y variada comorbilidad que incluye trastornos del sueño (especialmente sueño no reparador), rigidez muscular, disfunción cognitiva, trastornos del estado de ánimo, fatiga y altos niveles de discapacidad (Bernardy, Klose, Busch, Choy, & Häuser, 2013; Díaz-Piedra, Catena, Miro, Martínez, Sánchez, & Buela-Casal, 2014).

El estudio del trauma ha despertado un gran interés en el ámbito de la fibromialgia. Este interés inicialmente, en las décadas de los 70 y 80, se plasmó en el estudio del trauma desde modelos deterministas, unicausales, desde una perspectiva psicopatológica. Estos primeros trabajos estuvieron fuertemente influidos por el escaso conocimiento médico acerca del síndrome, incluidas sus causas. Así, los acercamientos de la Psicología se realizaron bajo un enfoque biomédico de enfermedad: al no existir causa orgánica conocida, por exclusión, la causa debía ser psicológica (Pastor, Rodríguez-Marín, López-Roig, & Juan, 1995). Cuando estos trabajos se han revisado de forma crítica, la mayoría tienen problemas metodológicos que restan validez a sus afirmaciones (Pastor et al., 1995; Pastor, Lledó, Martín-Aragón, Pons, & Terol, 2003a): diseños transversales, instrumentos no adaptados a la población diana y con ítems con contaminación somática, entrevistadores que no han sido ciegos ni a las hipótesis ni a las patologías, grupos control poco adecuados y sesgos de selección muestral, entre otros (Pastor, Lledó, Pons, & López-Roig, 2012). En este contexto, puede entenderse como el trauma constituía un poderoso agente causal. Son numerosas las investigaciones que, tras una exhaustiva y crítica revisión de los estudios existentes, y en base a las limitaciones señaladas, ponen de manifiesto que la hipótesis causal del trauma en la fibromialgia debe ser abandonada a favor de modelos biopsicosociales y multideterminados

dentro de la Psicología de la Salud (Borchers, & Gershwin, 2015; Häuser, Kosseva, Üceyler, Klose, & Sommer, 2011; Russell, & Raphael, 2008; Tishler, Levy, & Amit-Vazina, 2011; Wolfe et al., 2014).

Así, dentro de los modelos de la Psicología de la salud es dónde se ubican la mayor parte de las investigaciones sobre trauma y fibromialgia, entendiendo el trauma como un factor adicional, que junto con el resto de factores precipitantes y en combinación con otras variables psicológicas de vulnerabilidad, pueden afectar a la sintomatología y al pronóstico en la fibromialgia. Tal y como señalan Harth y Nielson (2014), dada la complejidad del trastorno, resulta imposible obtener relaciones unideterminadas. Este interés en el estudio diferencial del trauma por su posible efecto en la sintomatología y comorbilidad asociada a la fibromialgia se ve justificado además por la amplia heterogeneidad observada en estos pacientes (Elenguer, Siso, & Ramos-Casals, 2009). En este contexto se sitúa el presente trabajo que trata de analizar los posibles efectos diferenciales del maltrato sobre otros eventos de alto impacto en la sintomatología emocional y el funcionamiento cognitivo en mujeres con fibromialgia, proponiendo finalmente, en base a la literatura revisada y a los resultados de los trabajos del grupo investigador, un análisis y propuesta de intervención de caso único.

INTRODUCCIÓN

Fibromialgia y trauma

En términos generales, la literatura señala una mayor prevalencia de eventos traumáticos en población con fibromialgia (Jiao et al., 2015; Miscali, Duse, & Zanusi, 2014; Toussaint, Whipple, & Vincent, 2015). No obstante, conviene tener presente que la mayoría de los estudios son retrospectivos por lo que está implícita la narrativa del paciente; no es de extrañar por ello que, este tipo de trabajos se vean entremezclados con aquellos que analizan las características diferenciales de la narrativa en estos pacientes. Sukenik, Abu-Shakra y Flusser (2008) ponen de manifiesto el hecho de que entre un 25-50% de los pacientes con fibromialgia señalan la ocurrencia de trauma físico que precede al inicio de la sintomatología

asociada al trastorno. Häuser et al. (2013) analizan la relación temporal entre estrés post-traumático y síntomas de fibromialgia y la ocurrencia del evento traumático. En su conjunto, los datos revelan que fibromialgia y estrés postraumático son condiciones de comorbilidad asociadas con un antecedente traumático común. Buskila et al. (2009), en supervivientes de un accidente ferroviario, ponen de manifiesto que la fibromialgia era altamente prevalente entre los individuos expuestos a la combinación de daño físico y estrés extremo.

Como se ha señalado, diferentes trabajos se centran en la propia narrativa del paciente acerca del evento traumático, mostrando la significativa atribución causal por parte del paciente en la mayoría de las ocasiones (Cedraschi, Girard, Luthy, Desmeules, & Allaz, 2013). Montesó Curto, Ferré i Grau y Martínez Quintana (2010) ponen de manifiesto que las mujeres con fibromialgia ven aumentado el estrés en relación al trabajo y a la familia, a la violencia percibida y a las dificultades en la infancia respecto a otro grupo de mujeres únicamente diagnosticadas con depresión. Smith et al. (2010) examinan la relación de los sucesos traumáticos con la salud en un grupo de mujeres con fibromialgia y en un grupo de mujeres sanas, encontrando que los eventos traumáticos se relacionaban con una peor salud mental y física en el grupo con fibromialgia, pero no en el grupo de mujeres sanas. El estrés percibido aparece como mediador del efecto de los eventos traumáticos en la salud física y mental de las mujeres con fibromialgia. Diferentes trabajos plantean la importancia de la percepción del estímulo traumático como desencadenante de la enfermedad por parte de las pacientes por encima de la presencia del mismo, y su posible influencia en la fibromialgia (Cedraschi, et al., 2013; González, Baptista, Branco, & Ferreira, 2013).

La presencia de eventos traumáticos se ha relacionado igualmente con una mayor sintomatología en las pacientes con fibromialgia (Smith et al., 2010). La mayoría de los estudios analizan los posibles efectos diferenciales dentro del marco teórico del estrés post-traumático. Aunque los mecanismos de actuación no están del todo claros, parece plantearse la desregulación del

sistema del estrés como principal mecanismo de actuación, desregularización que no se produciría en todos los pacientes (Peres, Gonçalves, & Peres, 2009). Van Houdenhove, Kempke y Luyten (2010) señalan que la desregulación del sistema de estrés, el sistema inmune, y los mecanismos centrales del dolor pueden determinar la fisiopatología de la enfermedad, lo que lleva a una pérdida de capacidad para adaptarse a todo tipo de factores de estrés. Dell'Osso et al. (2011) corroboran la presencia de una relación entre la exposición a eventos traumáticos, en particular los relacionados con la pérdida, y los síntomas de estrés post-traumático, la gravedad de la sintomatología y peor calidad de vida en relación a la salud en pacientes con fibromialgia. Diferentes estudios en pacientes con fibromialgia asocian la presencia de eventos traumáticos a peores puntuaciones en limitación funcional (Jiao et al., 2015), y en particular a la restricción funcional debida al dolor (Przekop, Haviland, Morton, Oda, & Fraser, 2010). Sin embargo, no todos los trabajos apuntan en esta misma dirección, encontrándose resultados contradictorios. González, Baptista, Branco y Ferreira (2013) no encuentran relaciones estadísticamente significativas en relación a la discapacidad, salud mental y física y dolor entre pacientes con y sin presencia de evento traumático. Fernandes et al. (2011), tras la comparación de dos grupos de mujeres con fibromialgia, con y sin la presencia de evento traumático (divorcio y muerte de un familiar), ponen de manifiesto la inexistencia de diferencias entre ambos grupos en lo que se refiere a dolor, calidad del sueño, cansancio y parestesia, mientras que se encontraron diferencias significativas en relación a la prevalencia de migraña y a la evaluación de la calidad de vida con peores puntuaciones en el grupo con presencia de evento traumático.

Fibromialgia y maltrato

Uno de los traumas más estudiados en relación a la fibromialgia es la presencia de eventos de maltrato (físico, psicológico, sexual, emocional o por omisión) en la infancia y adolescencia o en la edad adulta (De Civita, Bernatsky, & Dobkin, 2004; Lais, 2009; Ruiz-Pérez et al., 2009). Se ha investigado la relación entre trauma físico, sexual, psicológico y negligente

observándose que la mayoría de los pacientes con fibromialgia informaron que habían experimentado al menos un evento traumático antes de la aparición de los síntomas de fibromialgia confirmando la relación entre el recuerdo de acontecimientos traumáticos del pasado y la gravedad percibida de los síntomas (Walen, Oliver, Groessl, Cronan, & Rodriguez, 2001). Sin embargo, otras investigaciones no coinciden en señalar mayores indicadores de maltrato en la población con fibromialgia, aunque sí hay una mayor coincidencia cuando el maltrato se ha producido en la infancia (Lommel et al., 2009). Ciccone, Elliott, Chandler, Nayak y Raphael (2005) señalan que, a excepción de violación, no existe ninguna asociación de percepción subjetiva de violencia sexual o física y fibromialgia, sin embargo, si observaron mayor prevalencia de trastorno de estrés postraumático en el grupo de fibromialgia, trastorno que ejercía un papel mediador en la relación entre violación y fibromialgia.

Diferentes trabajos señalan relaciones entre el abuso sexual en la infancia, poniendo de manifiesto que el abuso en la infancia puede afectar al desarrollo normal cerebral, a la reactividad al estrés y al desarrollo de la fibromialgia (Lee, 2010). Häuser et al. (2015) ponen de manifiesto la transculturalidad del autoinforme de maltrato en la infancia en fibromialgia, en muestras alemanas y estadounidenses, no existiendo diferencias ni en los indicadores relativos a trauma ni en la sintomatología experimentada. Loevinger, Shirlcliff, Muller, Alonso y Coe (2012) discriminan cuatro subgrupos clínicamente relevantes a través de múltiples dominios psicológicos y biomédicos para caracterizar mejor la fenomenología de la fibromialgia. Uno de ellos se distinguía por una historia de maltrato infantil siendo el grupo que presentaba los mayores niveles de dolor y discapacidad.

Dentro de un análisis más complejo, diferentes trabajos han incluido en esta relación la importancia de variables intermedias como la vinculación de los padres, la alexitimia, el estilo de apego o el apoyo social (Fay, 2015; Hammill, 2010; Pedrosa et al., 2008; Waller, Scheidt, Endorf, Hartmann, & Zimmermann, 2015). En relación a la alexitimia, aunque esta variable apenas ha sido estudiada en la

relación del maltrato con la fibromialgia, Sallinen y Kukkurainen (2015) señalan que en ocasiones la violencia o el abuso sexual son silenciados por parte de las pacientes y que es necesario atender a este elemento dentro del abordaje holístico de estas pacientes. Maes y Sabbe (2014) encontraron once estudios donde la prevalencia de alexitimia en pacientes con fibromialgia oscilaba entre el 15 y el 52 % comparado con la población general donde estaba entre el 6 y 8%. En población sin ninguna patología se relaciona la alexitimia con los sucesos vitales estresantes sobre todo si estos últimos son de carácter sexual, si bien es cierto que la literatura refleja que muy posiblemente la alexitimia sea una consecuencia emocional del maltrato previo (Lieneck, 1997; Teegen, & Cizmic, 2003).

Atagün et al. (2013), con un diseño de grupo control, analizan el efecto del maltrato infantil en el funcionamiento sexual de las mujeres con fibromialgia. Los resultados pusieron de manifiesto un peor funcionamiento sexual en el grupo con fibromialgia y mayores puntuaciones en maltrato infantil (concretamente en abuso emocional y físico). Como predictores de la disfunción sexual en las mujeres con fibromialgia se obtuvieron el propio impacto de la enfermedad y el maltrato infantil. Resultados similares son encontrados en otras investigaciones que señalan probabilidades de presentar una historia de abuso sexual, síntomas urinarios y disfunción sexual en pacientes con fibromialgia (Adams, Osmundsen, & Gregory, 2014). Filippon, Bassani, Aguiar y Ceitlin (2013) señalan la asociación entre maltrato infantil y pérdida de funcionalidad en mujeres con fibromialgia, observándose unas relaciones más pronunciadas en las pacientes que no presentan diagnóstico de depresión. Ortiz, Ballard, Machado-Vieira, Saligan y Walitt (2016) señalan relaciones modestas del abuso físico durante la infancia con una mayor sensibilidad al dolor. El maltrato físico infantil también se asoció con deterioro cognitivo una vez controlado el efecto de la depresión. El abuso infantil emocional se asoció con la fatiga, pero dicha asociación no persistió después del ajuste de los síntomas depresivos.

Diferentes investigaciones han analizado la relación entre maltrato y sintomatología

asociada a la fibromialgia (principalmente dolor, ira y depresión) a través de la disociación, encontrando relación entre el diagnóstico de depresión y la disociación (Kilic et al., 2014) y entre la disociación y la sintomatología somática (Bohn, Bernardy, Wolfe, & Häuser, 2013). En esta línea, el papel de la depresión ha desempeñado un rol fundamental a la hora de clarificar la posible relación entre maltrato y sintomatología asociada a la fibromialgia (Häuser et al., 2012). Kosseva, Schild, Wilhelm-Schwenk, Biewer y Häuser (2010) señalan que si bien es cierto que los informes de los pacientes con fibromialgia sobre algunos de los maltratos infantiles estaban sesgadas por el estado de ánimo deprimido; sin embargo, la diferencia entre el autoinforme de abuso sexual en la infancia entre pacientes adultos con fibromialgia y grupos controles sanos no es atribuible a la depresión. El papel de la sintomatología depresiva se muestra como fundamental en la relación entre abuso sexual y sintomatología en la fibromialgia. Gota, Kaouk y Wilke (2015) ponen de manifiesto que el aumento de los niveles de depresión se asoció significativamente con el aumento de la prevalencia de una denuncia de abuso sexual en el pasado, y una disminución en el nivel socioeconómico, incluyendo tasas de discapacidad y desempleo más altas.

Otras investigaciones han relacionado en general el maltrato infantil con el dolor crónico, no encontrando diferencias en cuanto a su presencia en los grupos considerados (fibromialgia, artrosis y artritis), unidos igualmente a altos niveles de ansiedad y depresión (Bayram, & Almıla, 2014; Castro et al., 2005; Kilic et al., 2014). Napolitano (2006) señala mayores casos de maltrato psicológico que físico en las mujeres diagnosticadas de fibromialgia o de artritis reumatoide, poniendo de manifiesto que el estrés crónico, característico de abuso psicológico, es fisiológicamente más perjudicial que el estrés agudo, característico de abuso físico. Walker et al. (1997) ponen de manifiesto que la gravedad del trauma correlaciona significativamente con medidas de discapacidad física, angustia psicológica, ajuste de la enfermedad y calidad del sueño en pacientes con fibromialgia, pero no en las personas con artritis reumatoide. La fibromialgia parece estar asociada con un

mayor riesgo de victimización, especialmente el abuso físico adulto.

Llegados a este punto, bajo nuestro conocimiento, apenas se han llevado a cabo estudios que analicen el posible papel diferencial del maltrato respecto a otro tipo de eventos traumáticos (accidente, operaciones quirúrgicas, muerte de un familiar, divorcio, entre otros). Estudios previos del equipo investigador ponen de manifiesto algunas posibles diferencias significativas en la comorbilidad asociada a ambos tipos de eventos traumáticos en una muestra de 85 mujeres con fibromialgia. En particular, en relación a la alexitimia, se observan puntuaciones significativamente más elevadas en las dimensiones de déficit de identificación de emociones y en déficit de lenguaje emocional en las pacientes con fibromialgia víctimas de maltrato frente a las que han experimentado otro tipo de evento vital de fuerte impacto (Peñacoba, Blanco, Pérez, Huete, & San Román, 2016). Igualmente, se observa que las pacientes víctima de maltrato puntúan significativamente más alto en sintomatología ansiosa que las mujeres que han vivido otro tipo de evento, no observándose diferencias significativas en lo que respecta a la sintomatología depresiva (Peñacoba, Blanco, San Román, Pérez, & Velasco, 2016).

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo el análisis de un caso de una paciente con fibromialgia con antecedentes de maltrato. Esta paciente ha sido seleccionada dentro de la muestra de 85 pacientes en el marco de un proyecto más amplio "Relaciones entre déficit olfativo, déficit cognitivo e inhibición emocional en pacientes con fibromialgia" (Ref. 110420141514), del que se extraen los resultados anteriormente citados, y que se está llevando a cabo en la actualidad por el equipo de investigación al que pertenezco (Peñacoba, Blanco, San Román, Pérez, & Velasco, 2016).

En análisis del caso, se procederá a realizar igualmente una descripción cuantitativa de las variables de evolución de la enfermedad, sintomatología asociada (incluyendo dolor, ansiedad, depresión y funcionamiento cognitivo), así como de otras variables psicosociales que a través de la literatura

científica se han considerado de relevancia en la explicación de la sintomatología asociada a la fibromialgia (p.e. alexitimia).

A partir de esa descripción, se diseñará un protocolo de evaluación específico que incluya las variables que se consideran relevantes para la aplicación de un protocolo de terapia basado en EMDR. Se describirá el protocolo de tratamiento a aplicar, justificando su pertinencia en este caso en particular, en base a la literatura científica, en relación a otros tipos de intervención psicológica.

CASO CLÍNICO

Descripción del caso clínico

Mujer de 40 años que inicialmente acude a una evaluación para el proyecto titulado

“Relaciones entre déficit olfativo, déficit cognitivo e inhibición emocional en pacientes con fibromialgia”. Tras las sesiones de evaluación revela que ha tenido una infancia complicada con unos padres autoritarios que le decían que era muy fea y que no valía para nada. Refiere también que su padre le daba un mal trato cuando era pequeña, con las verbalizaciones anteriores, entre otras, además de darle “palizas” según refiere Esperanza. Es la hermana mediana de tres hermanas donde define a la mayor como similar al padre siendo muy parecidos en carácter ya que también es muy severa con ella, a la pequeña como pequeña y que ella siendo la mediana le hubiera gustado ser la “alocada” en el sentido de poder disfrutar de las mismas cosas que hacían sus amigas, pero le toco “preocuparse más de otras cosas” como el cuidado doméstico. Refiere también un maltrato físico a los 6 años de parte del padre, añadiendo que su madre tampoco detenía que esto ocurriera.

Durante la evaluación rompe a llorar en varias ocasiones y menciona “sus ganas de desaparecer”. Debido a que esto ocurrió en numerosas ocasiones y a la confirmación de conductas autolesivas, la derivamos a salud mental.

Pasado un tiempo, nos volvemos a encontrar a la paciente en la asociación y tras el saludo empieza a llorar y a verbalizar que “no vale para nada, que es fea y que no tiene sentido

que siga aquí” empezando en ese momento a autolesionarse: golpeándose, tirándose del pelo, mordiéndose y tirando de un collar de cuerda que tenía en el cuello. La actitud de la psicóloga que se encuentra con ella es intentar contenerla sujetándola y tras varios segundos ella pierde el tono muscular y sus ojos comenzaron a moverse de manera involuntaria como los movimientos del sueño REM. En ese momento la ponemos en posición lateral de seguridad y llamamos al 112 mientras que ella tiene movimientos clónicos de las extremidades superiores e inferiores.

Cuando vienen los técnicos ella esta semiconsciente con una TA 122/86 y FC 86. Le administran un comprimido de Diacepam de 5mg y la incorporan hasta que ella ya está consciente y orientada. La psicóloga le comenta al médico las verbalizaciones que ha tenido la paciente y le recomienda que la traslade algún familiar a urgencias psiquiátricas y así se hace. Tras atenderla siguen verbalizaciones como “que sabe qué cuchillo de la cocina corta bien pero que la duda que tiene es si clavárselo en el abdomen o en el brazo hasta que se desangre” la psiquiatra opta por una contención familiar y la da el alta adelantándole la cita de salud mental.

Cuando acude a salud mental la psiquiatra que la explora decide de forma consensuada con la paciente un ingreso de contención de 7 días. Tras la salida del ingreso se le recomienda de nuevo terapia psicológica, pero se le avisa que por privado puede ser más rápido que en la pública. Por ello se vuelve a poner en contacto con la psicóloga del proyecto para que le pudiera recomendar un psicólogo y así se hace.

Tras la primera sesión de evaluación el motivo de consulta de la paciente es “el daño que le está haciendo a todos los niveles a su núcleo familiar”, verbalizando que “no sabe qué pinta en este mundo”.

Refiere que sus padres no saben nada ni se van a enterar de las causas de sus intentos autolíticos. Menciona de manera metafórica que su parte adulta entiende las circunstancias de ahora pero que su parte niña es la que la hace actuar así con esos impulsos de autolesionarse.

Esperanza vivió en una familia con una escasez económica importante aunque tanto su padre

como sus hermanas siempre tuvieron un plato de comida en la mesa. Sin embargo, menciona que ella comía las sobras de ellos sintiéndose culpable porque su madre a veces no tuviera “algo que llevarse a la boca”. Define a sus padres más “como proveedores que cuidadores”.

Ella se siente en un “agujero negro donde no ve las manos de su hermana mayor y de su padre para querer ayudarla”. De hecho, refuerza esto diciendo que mientras estaba ingresada su hermana mayor no quiso visitarla y que su padre viendo las autolesiones que se había hecho dijo que “la veía de puta madre”.

Define a su madre como una mujer luchadora (emocionándose) siendo siempre más mujer que madre, sintiendo que la ha despreciado y

continúa haciéndolo cuando su padre la llamaba tonta, fea, la decía que no valía para nada, y que la vida que lleva ahora es absolutamente inválida. Refiere también en cuanto a su madre que su abuela no la quería y que cree que eso puede ser porque se crió en un hospicio y mostraba su amor a través de cosas materiales pero ningún gesto afectivo.

Define que sus autolesiones eran por la soledad que sentía cuando era pequeña y refiere también el deseo de tirarse por la ventana desde que tiene uso de razón. Ella cree que es un autocastigo por las verbalizaciones de su padre.

Los fármacos que toma actualmente para la fibromialgia y la contención son:

Tabla 1 Medicación de Esperanza

	Desayuno	Comida	Cena	Antes dormir
Desvenlafaxina 50 mg	X			
Diacepam 5 mg	X	X	X	
Loracepam 1 mg	X	X	X	+1
Trazadona 100mg			X	
Gabapentina 300mg	X		X	
Eutirox 75 mg	X			
Dexketoprofen 25 mg	X	X	X	
Abstral 100 mg	X	X	X	
Omeprazol 20 Mg	X			
Paracetamol 1 gr	X	X	X	
Metamizol 550 mg	X	X	X	

A continuación, en la siguiente tabla (Tabla 2) se presentan los datos de la evaluación realizados a la paciente, mostrando igualmente, a efectos comparativos, la media y desviación típica en las variables de interés de un posible grupo de referencia (mujeres con fibromialgia que han experimentado algún tipo de maltrato), procedentes de parte de la

explotación de los resultados del proyecto “Relaciones entre déficit olfativo, déficit cognitivo e inhibición emocional en pacientes con fibromialgia”. Para una mayor información, en el Anexo IV pueden encontrarse algunos de los resultados de este grupo de pacientes al que hacemos referencia.

Tabla 2. Resultados de la paciente en comparación con un grupo con fibromialgia víctima de maltrato

	Dolor (X, DT)	Ansiedad (X, DT)	Depresión (X, DT)	onamiento cogr (WAIS) (X, DT)			Alexitimia (X, DT)		
				CIV	CIM	CIT	DIS	DLE	PC
Paciente	9	17	12	55	40	47	30	12	14
Grupo	7.18 (1.55)	12.05 (4.40)	9.55 (4.31)	53.62 (27.90)	51.58 (28.23)	53.83 (28.02)	25.02 (6.59)	15.52 (4.95)	20.75 (4.86)

CIV=Cociente Intelectual Verbal, CIM=Cociente Intelectual Manipulativo,
 CIT=Cociente Intelectual Total, DIS= Déficit de identificación de sentimientos, DLE=
 Déficit en lenguaje emocional, PC= Pensamiento concreto

Como se puede observar Esperanza obtiene mayores puntuaciones en dolor, ansiedad, depresión y déficit de identificación de sentimientos. Además, tiene un rendimiento menor en CIM y CIT con respecto al grupo de comparación.

Esperanza refiere palizas, descalificativos y un exceso de carga de responsabilidad ya que su padre tenía una enfermedad (alcoholismo) y su madre tenía que estar con él. Esto sucede desde que tiene uso de razón. A modo de ejemplo, cuando tenía 5-6 años tenía miedo a la oscuridad y lo pasaba muy mal cuando dormía por las noches. Habitualmente ella prefería llorar por la noche de forma desconsolada y que sus padres se levantaran propinándole la figura paterna una paliza mientras su madre miraba, que quedarse en el cuarto a oscuras toda la noche. En cuanto a los descalificativos, eran habituales, tanto entonces como ahora, frases del estilo “eres tonta”, “no vales para nada”, “no vas a ser capaz de hacerte cargo tu sola” y “que fea eres”, entre otras, procedentes tanto de la madre como del padre. En lo referente a la carga del exceso de responsabilidad, se observa que al ser la hermana mediana es la que tenía que encargarse de la limpieza de la casa y ayudar a su madre en la preparación de las comidas. Siempre recibía el feedback por parte de la madre de que se podía

mejorar, en el mejor de los casos y de que estaba fatal hecho y de que era una porquería, en el peor de los mismos.

Se puede decir por tanto que Esperanza recibió malos tratos físicos, psicológicos y por omisión desde pequeña.

Explicación y justificación de EMDR para este caso en particular.

La literatura previa indica que hay una relación estrecha entre fibromialgia y acontecimientos traumáticos (Jiao et al., 2015). La sintomatología de la fibromialgia es muy diversa, y parte de ella puede explicarse desde el trastorno de estrés postraumático o el trastorno de ansiedad (Häuser et al., 2013). El EMDR se centra en el recuerdo de la experiencia o experiencias traumáticas que han contribuido al desarrollo de la patología o del trastorno que se presenta. De esta manera, es el recuerdo traumático lo que se trata terapéuticamente. Según el modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI) (Shapiro, 2001) la información relacionada con experiencias traumáticas o estresantes no siempre se procesa completamente, sino que a veces, las percepciones iniciales se quedan almacenadas

exactamente igual que en el momento de entrada, asociadas a pensamientos negativos o percepciones vividas en el momento del hecho.

El PAI es intrínseco, físico y adaptativo, programado para integrar experiencias que se traducen en recuerdos almacenados en redes de memoria asociativas y que son la base de la percepción, actitudes y conductas. El trauma es lo que causa una interrupción del procesamiento normal y es por eso que queda almacenado de modo disfuncional (Shapiro, 2001).

El trauma consiste según los criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) en hechos y/o experiencias de falta de cuidados y de abuso que influyen en el sentimiento de valor, de seguridad, en la capacidad de tomar decisiones para sí mismo y para otros y que también limita la sensación de control y de elección.

El procedimiento que utiliza EMDR es acceder primero a la información target o diana permitiendo la conexión entre la conciencia y el punto donde la información está almacenada de modo disfuncional, en segundo lugar, se estimula el sistema de procesamiento de la información negativa manteniéndolo dinámico y, por último, se desplaza la información hacia una resolución adaptativa (adecuada o positiva).

Según Shapiro (1995), la patología se concibe como recuerdos no procesados. Por lo tanto, el procesamiento llevará a una reducción o eliminación de la sintomatología (Shapiro, 1995). De esta manera en la base de la patología clínica estarían los recuerdos almacenados de modo disfuncional. Por tanto, el cambio terapéutico sería el resultado del procesamiento de estos recuerdos, en redes adaptativas más amplias.

Los recuerdos que se tratan con EMDR hacen una transmutación durante el procesamiento y luego se almacenan a través de un proceso de reconsolidación siendo este el núcleo de EMDR.

La desensibilización y el cambio de perspectiva a nivel cognitivo que se observan durante una sesión de EMDR reflejan el procesamiento del recuerdo de la experiencia traumática. Por lo tanto, se denota que el paciente ve el recuerdo lejano por primera vez, modifica las evaluaciones

cognitivas sobre sí mismo, sintiendo emociones adecuadas para la situación y eliminando las sensaciones físicas perturbadoras.

Después de una sesión de EMDR, los pacientes recuerdan todavía el hecho o la experiencia, pero sienten que pertenece al pasado, y el contenido se integra desde una perspectiva adulta. En efecto, durante el reprocesamiento los pacientes se desplazan gradualmente en planos cognitivos y emotivos hasta alcanzar una visión más madura y funcional.

Durante la vivencia de un hecho traumático, las respuestas bioquímicas activadas como la adrenalina, noradrenalina y cortisol, entre otros, bloquean el sistema innato de procesamiento de la información del cerebro, aislando las informaciones respecto al trauma, cerrándolas en una red neural con las mismas emociones, creencias y sensaciones físicas que existían en el momento del hecho.

Una de las primeras ideas que surgieron fue pensar que los movimientos oculares del EMDR estimulaban el mismo proceso que ocurre en la fase REM del sueño. Los últimos desarrollos de las ciencias neurológicas han demostrado que el estado REM tiene una función en el procesamiento y en el almacenamiento de informaciones en la memoria (Fishbein, & Gutwein, 1977; Gabel, 1987; Sutton, Mamelak, & Hobson, 1992; Winson, 1993).

Pagani et al. (2012) han demostrado que después de llevar a cabo un tratamiento con EMDR hay un cambio significativo en la activación de las áreas de regiones límbicas con un alcance emotivo alto a regiones corticales con un alcance asociativo alto.

La terapia con EMDR consiste en un abordaje terapéutico integrativo formado por 8 fases, basada principalmente en la estimulación bilateral (EB). Los objetivos generales son:

Revivir el acontecimiento traumático en una situación de seguridad dado el marco terapéutico.

- Desensibilización respecto al recuerdo.
- Cambio en la perspectiva cognitiva.

- Narración del acontecimiento.
- Recolocación del mismo en el pasado.
- Asimilación e integración de la experiencia

En el caso concreto de la fibromialgia, en los estudios recientes, una de las aproximaciones terapéuticas empleadas ha sido el abordaje con EMDR para la mejora o eliminación de los síntomas propios de la enfermedad. Loevinger, Shirliff, Muller, Alonso y Coe (2012) observaron que, en un subgrupo de individuos con fibromialgia, la experiencia de una o más experiencias traumáticas precipitaba la aparición de la sintomatología. Teneycke (2015) observó que aplicando el protocolo EMDR para trauma, las puntuaciones de estrés postraumático, depresión, dolor y sintomatología de la fibromialgia disminuyeron tanto en la medida post como a los tres meses de seguimiento. También mejoró el sueño, la comunicación interpersonal, y la función sexual además de ayudar a facilitar la capacidad de los participantes para identificar sus emociones, observar la relación entre las emociones y sensaciones físicas, y observar (sin tratar de cambiar) las emociones y sensaciones físicas. Otros autores como Kavakçı, Kaptanoğlu, Kuğu y Doğan (2010) aplicaron el protocolo EMDR y al realizar medidas de seguimiento a los seis meses, observaron que la sintomatología seguía disminuyendo o había desaparecido. Kavakci, SemİZ, Kaptanoğlu y Özer (2012) mencionan que la mayoría de los pacientes que evaluaron después del tratamiento con EMDR habían dejado de cumplir los criterios diagnósticos de fibromialgia; no obstante, evaluaron adicionalmente la ira concluyendo que no se modificaba tras el tratamiento. Lee y Enright (2014) aplicaron por un lado una intervención basada en la reducción de la sintomatología y por otro una intervención con el protocolo EMDR basada en el perdón a través de la exposición directa y de la vivencia emocional de los episodios traumáticos ocurridos. Sus resultados ponen de manifiesto que esta última intervención disminuía la ira-estado de estas pacientes.

Por otro lado, el “tapping”, otra modalidad de EMDR basada en Estimulación Bilateral consistente en dar pequeños toques en las manos de los pacientes situadas éstas en las

rodillas con la misma frecuencia que se hace en la estimulación ocular, ha arrojado resultados muy similares a los mencionados anteriormente en la reducción de la sintomatología en personas con fibromialgia (Connais, 2010).

La propuesta aquí descrita para el tratamiento de la paciente combina tanto técnicas desde el abordaje Cognitivo Conductual (TCC) como de la Terapia de Aceptación y Compromiso en combinación con EMDR. Existen numerosos estudios que demuestran que técnicas como la relajación, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, técnicas de parada de pensamiento, reestructuración cognitiva y resolución de problemas, entre otros logran disminuir la sintomatología de la fibromialgia, así como a mejorar la funcionalidad de los afectados (Bernardy, Füber, Kollner, & Häuser, 2010). Sin embargo, una de las críticas que se ha hecho es que este paradigma no aborda traumas emocionales que como hemos visto se presentan por lo general en este tipo de población. Algunos autores mencionan que el revivir el proceso traumático implica una exposición directa a la emoción negativa y que como consecuencia de la exposición afectiva puede incrementar y/o mantener el dolor. Sin embargo, otros autores mencionan que los tratamientos basados en la exposición emocional como es el caso del EMDR mejoran el estrés post-traumático de estos pacientes (Lumley, Cohen, Stout,

Neely, Sander, & Burger, 2008). Sin embargo, bajo nuestro conocimiento, no se han encontrado estudios que comparen en pacientes con fibromialgia ambos abordajes EMDR y TCC.

Por otro lado, la Terapia de Aceptación y Compromiso y concretamente el mindfulness ha mostrado mejoría en la ansiedad estado de los pacientes con fibromialgia (Amutio, Franco, De Carmen Pérez-Fuentes, Gázquez, & Mercader, 2015; Delgado, Postigo, & Rodríguez, 2012). Igualmente, el programa estructurado de reducción del estrés basado en la atención (MBSR) de 8 semanas en donde se les enseña la meditación mediante la atención grupal y ejercicios de yoga conscientes ha mostrado mejorías en la calidad de vida, trastornos de sueño y sintomatología

psiquiátrica a corto plazo comparados con la evaluación previa al tratamiento (Schmidta et al., 2011). En el estudio de Franco Justo, Mañas Mañas y Justo Martínez (2010) implementaron un programa de meditación basado en mindfulness en pacientes con fibromialgia y observaron una mejoría en el funcionamiento físico, dolor corporal, salud general, funcionamiento social, rol emocional, salud mental, y componente mental una vez finalizada la intervención.

Dichos resultados se mantuvieron a los tres meses finalizada la intervención

Formulación clínica del caso

A continuación, se expone la formulación

clínica del caso clínico expuesto anteriormente.

Listado de problemas

- Ideación autolítica
- Padre alcohólico
- Maltrato físico y psicológico
- Perfeccionismo
- Baja autoestima
- “Sincofes vasovagales” © Disociación
- Relaciones interpersonales problemáticas con su familia de origen
- Relación dependiente con el marido

Análisis funcional

HIPÓTESIS DE ORIGEN

1. E. Incondicionado (EI) - E. Condicionado (EC) → Respuesta Incondicionada (RI)

↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbalizaciones por parte del padre y de la hermana mayor del tipo: <ul style="list-style-type: none"> ○ “no vales para nada”. ○ “eres muy fea”. ▪ Malos tratos físicos por parte del padre. ▪ Malos tratos psicológicos por parte del padre y de la madre. ▪ Alcoholismo del padre ▪ Escasez económica familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miedo ▪ Inseguridad ▪ Sensación de indefensión → Indefensión aprendida

1. E. Condicionado (EC) →

Respuesta Condicionada (RC)

↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repetición de estas verbalizaciones en diferentes contextos a lo largo del tiempo. ▪ Sumisión de la madre ante estas situaciones. ▪ Privación de comida hacia la paciente. ▪ Exigencia de hacerlo todo de forma correcta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo de una baja autoestima – ▪ Estilo de apego inseguro. ▪ Sentimientos de soledad e invalidez. ▪ Sensación de estar fuera de la estructura familiar

HIPÓTESIS DE MANTENIMIENTO

ANTECEDENTES (Estímulos discriminativos)	VARIABLES DISPOSICIONALES (VO)	CONDUCTA PROBLEMA	CONSECUENTES
La RC se convierte en un estímulo discriminativo (Sentimientos desagradables, emociones negativas, etc.). Recuerdos de su infancia. Autoverbalizaciones negativas “no valgo para nada”. En su ingreso: su hermana no va a verla y su padre le quita importancia a su situación. Que su padre intente fingir que le preocupa. Que no la crean.	Estilo educativo autoritario. Madre sumisa. Escasez económica en la infancia. Padres como proveedores y no como cuidadores. “Madre luchadora”. Nadie sabe de sus conductas autolíticas. Estilo comportamental del marido.	Pensamientos: “Estoy”, “Nadie de familia ayudarme”, “Soy válida”, “no merezco querida”. Planificación suicidio. Emoción/ Fisiológico: Llanto. Sentimientos soledad, invalidez... Culpa. Conductas: Intentos autolíticos (golpes, cortes...).	Pérdida de consciencia y la poca actividad social. Reducción del malestar (R-) Liberación de endorfinas. (R+)

Cuando Esperanza lleva a cabo las “conductas autolesivas” se produce una inmediata liberación de endorfinas (sensación agradable), lo cual hace más probable que, ante la presencia de estos ED, se produzcan estas conductas. Es decir, las autolesiones se mantienen por refuerzo positivo (R+).

Además, en algunas ocasiones Esperanza también llega a perder el conocimiento cuando lleva a cabo este tipo de comportamientos (disociación). De esta manera se reduce su activación fisiológica y su sensación de malestar haciendo un “acting”, por lo que estas conductas también se mantienen por refuerzo negativo (R-). Además, evita también el salir a la calle cuando hay mucha gente porque se puede encontrar con situaciones que la agobien donde tenga que dar explicaciones de cómo está o qué es lo que está haciendo.

El plan de intervención según el protocolo de EMDR

El protocolo consta de 8 fases que se describen a continuación:

- La fase 1 consiste en hacer un historial de la vida de la paciente. En esta fase identificamos los targets eventuales para el tratamiento, conectados con hechos positivos o negativos en la vida de la paciente. De esta manera se identifican: o Los problemas presentados por Esperanza. Conductas autolesivas y evitativas; emociones de tristeza, rabia, angustia y miedo, entre otras; problemas somáticos como los dolores que tiene y creencias negativas como “yo no valgo” o “no merezco ser querida”.

- ⇒ Sintomatología. Problemas somáticos y su relación con creencias y emociones negativas, autolesiones durante la semana (registrando la duración que debe ser de al menos 5 minutos; el lugar en el que ocurre, indiferente siempre que no haya gente con la que la paciente no tenga confianza).
- ⇒ Causa inicial. La paciente sitúa esta cadena de autolesiones cuando comienza con el proceso de pasar el tribunal médico para pedir la incapacidad y los padres están muy presentes “dirigiéndola”.
- ⇒ Acontecimientos pasados y analogías y conexiones con la historia pasada y presente. En cuanto a la historia de trauma ya reflejada en el Análisis Funcional (AF) y en la descripción del caso aquí podemos resaltar los malos tratos físicos y psicológicos recibidos por la paciente por parte de su familia de origen y la conexión del pasado con el presente explicada previamente.
- ⇒ En el caso de que la paciente no recuerde bien el origen de algunos acontecimientos, se realizará la técnica del “floatback” (consiste en dejar al paciente ir hacia atrás en lo que siente o en sus creencias para ver el destino) donde indagaremos las creencias negativas sobre sí misma, las emociones perturbadoras y el lugar donde las siente en el cuerpo, así como recordar situaciones semejantes donde haya sentido lo anterior.
- ⇒ En esta fase es importante también establecer una planificación del tratamiento tanto para T (traumas o sucesos puntuales de máxima intensidad) como para t (traumas o eventos “crónicos” que afectan al vínculo afectivo y a su seguridad):

T
Maltrato físico en la infancia por parte de los progenitores
t
Humillaciones continuas Riesgo de seguridad personal Relaciones interpersonales caóticas con los padres Carencias económicas importantes Desestructuración familiar

- ⇒ Por último, realizaremos en orden una selección de las dianas o eventos a procesar mediante una línea del tiempo. A continuación, se secuenciará cada target o diana teniendo en cuenta el evento reciente ocurrido que provoca la mayor problemática, los eventos pasados y los factores desencadenadores presentes.
- La fase 2 consiste en preparar a Esperanza para el reprocesamiento de los objetivos traumáticos con EMDR y que tenga una atención dual. Dentro de esta fase:
 - ⇒ Se establece la alianza terapéutica.
 - ⇒ Le entregamos el consentimiento informado donde explicamos la técnica a emplear.
 - ⇒ Obtendremos información relacionada con su medicación, así como las consideraciones médicas, en este caso un ingreso previo para su contención por intentos autolíticos.
 - ⇒ Identificaremos los síntomas de trastornos disociativos a través de la escala DES.
 - ⇒ Se establecerá una mecánica adecuada al sentarse, manteniendo una distancia cómoda para la paciente de cara a los movimientos oculares junto con la velocidad y la dirección de los dedos. También probamos el tapping por si hubiera algún problema con la estimulación ocular.
 - ⇒ Establecemos unas estrategias de afrontamiento adaptativas como la creación de un lugar seguro que le aporte una sensación de control o se instaurará algún recurso que le sea útil a Esperanza cuando tenga niveles de ansiedad elevados y puedan observarse síntomas disociativos.
 - ⇒ También definiremos una señal de stop que indique parar antes de que la paciente comience a reprocesar el trauma de una manera desadaptativa como por ejemplo marearse, temblar, sentir el cuerpo paralizado.
- En la Fase 3 presentamos el acontecimiento o recuerdo perturbador de la siguiente manera:

- ⇒ Imagen: la invitamos a que traiga a su mente la imagen que representa la peor parte del recuerdo y si no hubiera imagen le preguntamos lo que piensa cuando aparece ese recuerdo.
- ⇒ Cognición negativa: preguntamos qué palabras concuerdan mejor con la imagen, que expresan una creencia negativa sobre sí misma en ese momento.
- ⇒ Cognición positiva: preguntamos que quisiera creer sobre si misma cuando trae a la memoria esta imagen.
- ⇒ Validez de la Cognición (VOC): preguntamos que cuando piense en la imagen, nos diga, ¿cuán de creíble siente ahora las palabras de la creencia positiva en una escala de 1 a 7, donde 1 las siente completamente falso y 7 las siente completamente verdadero?
- ⇒ Emociones: le decimos que cuando piense en la imagen y en la creencia negativa (repetimos la creencia) nos describa lo que siente.
- ⇒ Por último, aplicamos la Escala de las Unidades de Perturbación Subjetiva (SUDs): en una escala de 0 a 10, donde 0 es ninguna perturbación o neutral, y 10 es la perturbación más alta que pueda imaginar, ¿Cuánta perturbación siente ahora?
- En la Fase 4 se accede al target o diana y se estimula la red de la memoria permitiendo al recuerdo target conectarse con las redes más adaptativas. La fase de desensibilización continúa hasta que la escala SUD baje a un valor de 0 ya que significa ninguna perturbación.
- En la Fase 5 instalamos la cognición positiva con el recuerdo original a través de un procesamiento adaptativo de la información aumentando las conexiones a la red cognitiva positiva y los efectos de la generalización en la red asociada.
- En la Fase 6 le hacemos a Esperanza un examen corporal, es decir, dejamos a la paciente que observe su cuerpo para ver si queda alguna manifestación física/somática residual del recuerdo.
- ⇒ Importante destacar que el procesamiento no está completo hasta que no se logre un examen corporal libre de cualquier sensación negativa asociada.
- En la Fase 7 el objetivo es el cambio del estado de Esperanza, parar el procesamiento focalizado y acelerado. Sacar la atención del paciente de la red tratada como target y acceder a una red neutra, no asociada a lo negativo y que sea positiva. Además, nos aseguramos de la estabilidad de Esperanza una vez terminada la sesión EMDR.
- ⇒ Si la sesión fuera incompleta porque la paciente no reprocesara lo suficientemente “rápido” o se bloqueara se utilizan estrategias específicas para cerrar las sesiones incompletas.
- En la fase 8 se reevalúa a la paciente accediendo al target de la sesión anterior para evaluar si tiene alguna perturbación aun residual y ver si los resultados de SUD 0 y VOC 7 se mantienen. De no obtener esas puntuaciones comenzaríamos la sesión con el target de la anterior y en la fase de desensibilización.
- ⇒ Aquí cabe destacar que ya que Esperanza se encuentra tomando medicación es conveniente que a medida que mejore y el psiquiatra se la reduzca se retomen las dianas y se pueda volver a reprocesar para asegurarnos de que el SUD es 0.

Evaluación post y medidas de seguimiento

Cuando terminemos la intervención y la paciente tenga la menor medicación posible se volverá a administrar el protocolo inicial formado por las medidas de dolor, ansiedad, depresión, funcionamiento cognitivo y alexitimia.

Seguiremos el mismo procedimiento si se retira la medicación y de no ser así lo haremos a los 3, 6 y 9 meses de la última sesión de intervención.

El plan de intervención propuesto será seguir las fases del protocolo EMDR descrito anteriormente, aunque no podemos prever la

duración exacta del tratamiento ya que nos encontramos en la fase inicial de evaluación.

CONCLUSIONES

Esperanza es una paciente con fibromialgia en un estado grave que presenta conductas autolesivas que pueden poner en riesgo su vida. Actuamos con una serie de pautas conductuales cuando observamos los ED de los mismos, tales como la retirada de objetos de su cuerpo con los que se pueda hacer daño, control de la medicación por parte de su marido ya que nos revela que en algún caso “se ha tomado unas cuantas pastillas de más”, retirada de los objetos más llamativos de la casa con los que pueda hacerse daño y hablar de forma puntual con su padre y ante la presencia de un tercero porque después de estar con él últimamente siempre le dan crisis. Dado que estas medidas resultan insuficientes, se tramita un ingreso de contención y cuando sale está mucho más calmada y podemos abordar su Trauma Complejo con disociación a través de EMDR principalmente, pero utilizamos alguna técnica de relajación que instalamos propia de la corriente cognitivo conductual y trabajamos también con la practica formal e informal de mindfulness por lo que también, aunque en menor medida, integramos Terapia de Aceptación y Compromiso.

Los objetivos a largo plazo que pretendemos conseguir es que se desvanezcan las creencias negativas que tiene sobre sí misma adquiriendo otras positivas y de ese modo aumentar su autoestima además de que desaparezca la ideación autolítica fruto del autocastigo que se proporciona a sí misma ya que no puede encontrarlo en la figura parental como hace años, que regule su actividad emocional y como consecuencia que desaparezcan esos “síndromes vasovagales” que son de origen psicógeno y que sea consciente de la relación de dependencia con su marido y puedan trabajar eso de forma distinta porque para ella es una fuerte fuente de estrés. Por último, darle recursos para poder afrontar una buena relación interpersonal con su familia de origen.

Por otro lado, es de esperar, respecto a la sintomatología propia de la fibromialgia, tal y como refleja la literatura previa, que sus puntuaciones de ansiedad, depresión, dolor y alexitimia mejoren significativamente (Cedraschi, Girard, Luthy, Desmeules, & Allaz, 2013; Connais, 2010; González, Baptista, Branco, & Ferreira, 2013; Kavakçı, Kaptanoğlu, Kuğu, & Doğan, 2010; Kavakci, Semiz, Kaptanoğlu, & Özer, 2012; Montesó Curto, Ferré i Grau, & Martínez Quintana, 2010; Smith et al., 2010; Teneycke, 2015).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, K., Osmundsen, B. & Gregory, W.T. (2014). Does fibromyalgia influence symptom bother from pelvic organ prolapse? *International Urogynecology Journal*, 25(5), 677-682. Doi: 10.1007/s00192-013-2280-y
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Amutio, A., Franco, C., de Carmen Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J.J. & Mercader, I. (2015). Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. *Frontiers In Psychology*, 5, 1572. Doi: 10.3389/fpsyg.2014.01572.
- Atagün, M.İ., Atagün, Z., Doğan, S., Evren, C., Yalçinkaya, E.Y. & Öneş, K. (2013). Fibromiyalji olan kadın hastalarda cinsel işlev bozuklukları çocukluk çağı travmalarıyla ilişkilidir. = Sexual dysfunction is related with childhood trauma in female patients with fibromyalgia. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 200-209.
- Bayram, K. & Almila, E. (2014). "Fibromiyalji ve Romatoid Artritte Çocukluk Çağı Örselenmeleri, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. = Childhood traumatic experiences, anxiety, and depression levels in fibromyalgia and rheumatoid arthritis." *Nöropsikiyatri Arşivi / Archives of Neuropsychiatry*, 51(4), 344-349.
- Bernardy, K., Füber, N., Kollner, V. & Häuser, W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapies in fibromyalgia Syndrome. A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Journal of Rheumatology*, 37, 1991-205.
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, A.J., Choy, E.H. & Hauser, W. (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD009796.
- Bohn, D., Bernardy, K., Wolfe, F. & Häuser, W. (2013). The association among childhood maltreatment, somatic symptom intensity, depression, and somatoform dissociative symptoms in patients with fibromyalgia syndrome: A single-center cohort study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(3), 342-358. Doi: 10.1080/15299732.2012.736930
- Borchers, A.T. & Gershwin, M.E. (2015). Fibromyalgia: A Critical and Comprehensive Review. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, 45(2), 100-151.
- Buskila, D., Ablin, J.N., Ben-Zion, I., Muntanu, D., Shalev, A., Sarzi-Puttini, P. & Cohen, H. (2009). A painful train of events: increased

prevalence of fibromyalgia in survivors of a major train crash. *And Experimental Rheumatology*, 27(5), 79-85.

Castro, I., Barrantes, F., Tuna, M., Cabrera, G., Garcia, C., Recinos, M., Espinoza, L.R. & Garcia-Kutzbach, A. (2005). Prevalence of abuse in fibromyalgia and other rheumatic disorders at a specialized clinic in rheumatic diseases in Guatemala City. *Journal of Clinical Rheumatology: Practical Reports On Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*, 11(3), 140-145.

Cedraschi, C., Girard, E., Luthy, C., Kossovsky, M., Desmeules, J. & Allaz, A.F. (2013). Primary attributions in women suffering fibromyalgia emphasize the perception of a disruptive onset for a long-lasting pain problem. *Journal of Psychosomatic Research*, 74 (3), 265-269

Ciccone, D.S., Elliott, D.K., Chandler, H.K., Nayak, S. & Raphael, K.G. (2005). Sexual and Physical Abuse in Women With Fibromyalgia Syndrome: A Test of the Trauma Hypothesis. *Clinical Journal of Pain*, 21(5), 378-386.

Connais, C.R. (2010). The effectiveness of Emotional Freedom Technique on the somatic symptoms of fibromyalgia. *Dissertation Abstracts International*, 70, 5885.

De Civita, M., Bernatsky, S. & Dobkin, P. (2004). The role of depression in mediating the association between sexual abuse history and pain in women with fibromyalgia. *Psychology, Health & Medicine*, 9(4), 450-455. Doi: 10.1080/13548500412331298975

Delgado, M.P., Postigo, J.L. & Rodríguez, J.M. (2012). Terapia cognitiva basada en mindfulness y reducción de los síntomas de ansiedad en personas con fibromialgia. = Mindfulness-Based Cognitive Therapy and reduction of anxiety symptoms in people with fibromyalgia. *Ansiedad Y Estrés*, 18(2-3), 141-154.

Dell'Osso, L., Carmassi, C., Massimetti, G., Daneluzzo, E., Di Tommaso, S. & Rossi, A. (2011). Full and partial PTSD among young adult survivors 10 months after the L'Aquila 2009 earthquake: Gender differences. *Journal of Affective Disorders*, 131 (13), 79-83.

Diaz-Piedra, C., Catena, A., Miro, E., Martinez, M.P., Sanchez, A.I. & Buela-Casal, G. (2014). The impact of pain on anxiety and depression is mediated by objective and subjective sleep characteristics in fibromyalgia patients. *The Clinical Journal Of Pain*, 30(10), 852-859. Doi: 10.1097/AJP.0000000000000040

Elenguier, R., Siso, A. & Ramos-Casals, M. (2009). Clasificación de la fibromialgia:

¿Existen distintos tipos de pacientes?

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 2006(4), 146-158.

Fay, S.D. (2015). Relationship between adverse childhood experiences and illness perceptions among individuals with fibromyalgia. *Dissertation Abstracts International*, 76.

Fernandes, J.C., Mochele, E.G., Júnior, J.L., Silva, G.F., Silva, N.F. & Ramos, J.R. (2011). Traumatic and non-traumatic fibromyalgia syndrome: Impact assessment on the life quality of women. *Journal Of Musculoskeletal Pain*, 19(3), 128-133. Doi: 10.3109/10582452.2011.582986

Filippon, A.M., Bassani, D.G., Aguiar, R.D. & Ceitlin, L.F. (2013). Association between childhood trauma and loss of functionality in adult women with fibromyalgia.

Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 35(1), 46-54. Doi: 10.1590/S2237-

60892013000100006

Fishbein, W. & Gutwein, B.M. (1977). Paradoxical sleep and memory storage process. *Behav. Biol.*, 19, 425-464.

Franco Justo, C., Mañas Mañas, I. & Justo Martínez, E. (2010). Mejora en algunas dimensiones de salud percibida en pacientes con fibromialgia mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society & Education*, 2(2), 117130.

Gabel, S. (1987). Information processing in rapid eye movement sleep: Possible neurophysiological, neuropsychological and clinical correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 193-200.

González, B., Baptista, T.M., Branco, J.C. & Ferreira, A.S. (2013). Fibromyalgia: antecedent life events, disability, and causal attribution. *Psychology, Health & Medicine*, 18(4), 461- 470. Doi: 10.1080/13548506.2012.752098

Gota, C.E., Kaouk, S. & Wilke, W.S. (2015). Fibromyalgia and Obesity: The Association between Body Mass Index and Disability, Depression, History of Abuse, Medications, and Comorbidities. *Journal of Clinical Rheumatology: Practical Reports on Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*, 21(6), 289-295. Doi:

10.1097/RHU.0000000000000278

Hammill, C.E. (2010). The relationship of childhood maltreatment and adult attachment style to functional recovery in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Dissertation Abstracts International*, 70, 5820.

Harth, M. & Nielson, W. (2014). Fibromyalgia and Disability Adjudication: No Simple Solutions to a Complex Problem. *Pain Research and Management*, 19(6), 293-299. Doi: 10.1155/2014/321307

Häuser, W., Bohn, D., Kühn-Becker, H., Erdkönig, R., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2012). Is the association of self-reported childhood maltreatments and adult fibromyalgia syndrome attributable to depression? A case control study. *Clinical And Experimental Rheumatology*, 30(6), 59-64.

Häuser, W., Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst, J., Petermann, F., Prothmann, U., Winkelmann, A., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: Prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*, 154(8), 1216-1223. Doi: 10.1016/j.pain.2013.03.034

Häuser, W., Hoffmann, E., Wolfe, F., Worthing, A.B., Stahl, N., Rothenberg, R. & Walitt, B. (2015). Self-reported childhood maltreatment, lifelong traumatic events and mental disorders in fibromyalgia syndrome: a comparison of US and German outpatients. *Clinical And*

Experimental Rheumatology, 33(1), 86-92.

Häuser, W., Kosseva, M., Üceyler, N., Klohe, P. & Sommer, C. (2011). Emotional,

Physical, and Sexual Abuse in Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Arthritis Care & Research*, 63(6), 808-820. Doi: 10.1002/acr.20328

Jiao, J., Vincent, A., Cha, S.S., Luedtke, C.A. & Oh, T.H. (2015). Association of abuse history with symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int*, 35, 547-553. Doi: 10.1007/s00296-014-3113-0

Kavakçı, Ö., Kaptanoğlu, E., Kuğu, N. & Doğan, O. (2010). EMDR fibromiyalji tedavisinde yeni bir seçenek olabilir mi? Olgu sunumu ve gözden geçirme. = EMDR: A new choice of treatment in fibromyalgia? A review and report of a case presentation.

Klinik Psikiyatri Dergisi: The Journal Of Clinical Psychiatry, 13(3), 143-151.

Kavakci, Ö., Semiz, M., Kaptanoğlu, E. & Özer, Z. (2012). Fibromiyaljide EMDR'nin etkinliğinin araştırılması: Yedi olguyu içeren bir klinik çalışma. = EMDR treatment of fibromyalgia, a study of seven cases. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 75-81.

Kilic, O., Sar, V., Taycan, O., Aksoy-Poyraz, C., Erol, T.C., Tecer, O., Emul, M.H. & Ozmen, M. (2014). Dissociative Depression Among Women with Fibromyalgia or Rheumatoid Arthritis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15, 285-302. Doi: 10.1080/15299732.2013.844218

Kosseva, M., Schild, S., Wilhelm-Schwenk, R., Biewer, W. & Häuser, W. (2010). Comorbid depression mediates the association of childhood/adolescent maltreatment and fibromyalgia syndrome. A study with patients from different clinical settings. *Schmerz*, 24(5), 474-484. Doi: 10.1007/s00482-010-0969-0.

Lais, M.L. (2009). The relationship between posttraumatic stress disorder resulting from childhood trauma and fibromyalgia: A case study. *Dissertation Abstracts International*, 69, 4429.

Lee, Y. & Enright, R.D. (2014). A forgiveness intervention for women with fibromyalgia who were abused in childhood: A pilot study. *Spirituality In Clinical Practice*, 1(3), 203-217. Doi: 10.1037/scp0000025.

Lee, Y. (2010). Fibromyalgia and childhood abuse: Exploration of stress reactivity as a developmental mediator. *Developmental Review*, 30(3), 294-307. Doi:

10.1016/j.dr.2010.03.009

Lienack, M. (1997). The relationship between childhood trauma, combat exposure, postwar traumatic events and posttraumatic stress disorder: A test of an interaction model. *Dissertation Abstracts International*, 57, 6581.

Loevinger, B.L., Shirtcliff, E.A., Muller, D., Alonso, C. & Coe, C.L. (2012). Delineating psychological and biomedical profiles in a heterogeneous fibromyalgia population using cluster analysis. *Clinical Rheumatology*, 31(4), 677-685. Doi:

10.1007/s10067-011-1912-1.

Lommel, K., Kapoor, S., Bamford, J., Melguizo, M.S., Martin, C. & Crofford, L. (2009). Juvenile primary fibromyalgia syndrome in an inpatient adolescent psychiatric population. *International Journal Of Adolescent Medicine And Health*, 21(4), 571-579.

Lumley, M.A., Cohen, J.L., Stout, R.L., Neely, L.C., Sander, L.M. & Burger, A.J. (2008). An emotional exposure-based treatment of traumatic stress for people with chronic pain: Preliminary results for fibromyalgia syndrome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 165-172. Doi:10.1037/0033-3204.45.2.165.

Luyten, P. & Abbass, A. (2013). What is the evidence for specific factors in the psychotherapeutic treatment of fibromyalgia? Comment on 'Is brief psychodynamic psychotherapy in primary fibromyalgia syndrome with concurrent depression an effective treatment? A randomized controlled trial'. *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 675-676. Doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.07.007

Maes, F. & Sabbe, B.C. (2014). Alexithymie bij fibromyalgie: Pevalentie. = Alexithymia in fibromyalgia: Prevalence. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 56(12), 798-806.

Miscali, V., Duse, G. & Zanus, L. (2014). Caratteristiche psicologiche nella sindrome fibromialgica: un'indagine esplorativa= Características psicológicas en el síndrome de fibromialgia: una encuesta exploratoria. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 20(3), 357-385.

Montesó Curto, M.P., Ferré i Grau, C. & Martínez Quintana, M.V. (2010). La Fibromialgia. Más allá de la depresión. *Revista Rol de Enfermería*, 33(9), 580-586.

Napolitano, L. M. (2006). A study of abuse status in the prevalence of fibromyalgia and/or rheumatoid arthritis among female victims in intimate heterosexual relationships, with emphasis on psychological abuse separate from physical abuse. *Dissertation Abstracts International Section A*, 66, 3940.

Ortiz, R., Ballard, E.D., Machado-Vieira, R., Saligan, L.N. & Walitt, B. (2016). Quantifying the influence of child abuse history on the cardinal symptoms of fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*.

Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A.R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., Russo, R., Niolu, C., Ammaniti, M., Fernández, I. & Siracusano, A. (2012) Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. *PLoS ONE*, 7(9),

45753. Doi: 10.1371/journal.pone.0045753

Pastor, M.A., Lledó, A., Martín-Aragón, M., Pons, N. & Terol, M.C. (2003a). La fibromialgia desde un punto de vista psicosocial: concepto y características. *Encuentros en la Psicología Social*, 1, 87-93.

Pastor, M.A., Lledó, A., Pons, N. & López-Roig, S. (2012). Dolor y fibromialgia. Aportaciones desde la Psicología. In C. Peñacoba (Ed.), *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial* (pp. 77-122). Madrid: Dykinson.

Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J. & Juan, V. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema*, 7, 627639.

Pedrosa, F., Weigl, M., Wessels, T., Irnich, D., Baumüller, E. & Winkelmann, A.

(2008). Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics*:

Journal Of Consultation And Liaison Psychiatry, 49(2), 115-122. Doi: 10.1176/appi.psy.49.2.115

Peñacoba Puente, C., Blanco Rico, S., Huete Osuna, A., Perez Calvo, M.S. & San Román Canelada, L. (2016, febrero). ¿Existe alguna relación entre alexitimia y maltrato en mujeres con fibromialgia? Estudio comparativo entre la existencia de maltrato y de otro tipo de evento vital de fuerte impacto. Ponencia presentada en el XLVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y VII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática.

Peñacoba Puente, C., Blanco Rico, S., San Román Canelada, L., Perez Calvo, M.S. & Velasco Furlong, L. (2016, febrero). Efectos diferenciales del maltrato con respecto a otros eventos de fuerte impacto sobre la ansiedad, la depresión y la sintomatología psiquiátrica en una muestra de mujeres con fibromialgia. Ponencia presentada en el XLVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y VII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática.

Peres, J.F.P., Gonçalves, A.L. & Peres, M.F.P. (2009). Psychological Trauma in Chronic Pain: Implications of PTSD for Fibromyalgia and Headache Disorders. *Current Pain & Headache Reports*, 13, 350-357.

Przekop, P., Haviland, M.G., Morton, K.R., Oda, K. & Fraser, G.E. (2010). Correlates of Perceived Pain-Related Restrictions among Women with Fibromyalgia. *Pain Medicine*, 11, 1698-1706.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Cáliz-Cáliz, R., Rodríguez-Calvo, I., García-

Sánchez, A., Ferrer-González, M.A., Guzmán-Úbeda, M., del Río-Lozano, M. & LópezChicheri García, I. (2009). Risk factors for fibromyalgia: the role of violence against women. *Clin Rheumatol.*, 28, 777-786. Doi: 10.1007/s10067-009-1147-6

Russell, I.J. & Raphael, K.G. (2008). Fibromyalgia syndrome: presentation, diagnosis, differential diagnosis, and vulnerability. *CNS Spectrums*, 13(3), 6-11.

Sallinen, M. & Kukkurainen, M.L. (2015). 'I've Been Walking on Eggshells All My Life': Fibromyalgia Patients' Narratives About Experienced Violence and Abuse. *Musculoskeletal Care*, 13 (3), 160-168. Doi: 10.1002/msc.1096

Schmidta, S., Grossmanb, P., Schwarzer, B., Jenaa, S., Naumann, J. & Walache, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: Results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152(2), 361-369.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2ª ed.)*. New York: Guilford Press.

Smith, B.W., Papp, Z.Z., Tooley, E.M., Montague, E.Q., Robinson, A.E. & Coper, C.J. (2010). Traumatic Events, Perceived Stress and Health in Women with Fibromyalgia and Healthy Controls. *Stress and Health*, 26, 83-93.

Sukenik, S., Abu-Shakra, M. & Flusser, D. (2008). Physical trauma and fibromyalgia-is there a true association? *Harefuah*, 147(8-9), 712-6, 749.

Sutton, J.P., Mamelak, A.N. & Hobson, J.A. (1992). Modeling states of waking and sleeping. *Psychiatric Annals*, 22, 137-143.

Teegen, F. & Cizmic, L. (2003). Traumatische Lebensereignisse und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. = Traumatic Life Events and Present Stress Disorders of Elderly People in Need of Care. *Zeitschrift Für Gerontopsychologie Und -Psychiatrie*, 16(2), 77-91. Doi: 10.1024/1011-6877.16.2.77

Teneycke, T. (2015). Utilizing the standard trauma-focused EMDR protocol in treatment of fibromyalgia. *Dissertation Abstracts International*, 76, 83-144.

Tishler, M., Levy, O. & Amit-Vazina, M. (2011). Can fibromyalgia be associated with whiplash injury? A 3-year follow-up study. *Rheumatol Int.*, 31(9), 1209-13. Doi: 10.1007/s00296-010-1412-7.

Toussaint, L.L., Whipple, M.O. & Vincen, A. (2015). Post-traumatic stress disorder symptoms may explain poor mental health in patients with fibromyalgia. *J Health Psychol.*, 1359105315611957. Doi: 10.1177/1359105315611957

Van Houdenhove, B., Kempke, S. & Luyten, P. (2010). Psychiatric Aspects of Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia. *Curr Psychiatry Rep.*, 12, 208-214. Doi: 10.1007/s11920-010-0105-y

Walen, H.R., Oliver, K., Groessl, E., Cronan, T.A. & Rodríguez, V.M. (2001). Traumatic Events, Health Outcomes, and Health Care Use in Patients with Fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(2), 19-38. Doi: 10.1300/J094v09n02_03

Walker, E.A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D. & Katon, W.J. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59(6), 572-577.

Waller, E., Scheidt, C.E., Endorf, K., Hartmann, A. & Zimmermann, P. (2015). Unresolved trauma in fibromyalgia: A cross-sectional study. *Journal Of Health Psychology*, 1359105315580460. Doi: 10.1177/1359105315580460

Winson, J. (1993). The biology and function of rapid eye movement sleep. *Current opinion in Neurobiology*, 3, 243-248.

Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.J., Winfield, J.B. & Yunus, M.B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.*, 62(5), 600-10. Doi: 10.1002/acr.20140.

Wolfe, F., Häuser, W., Walitt, B.T., Katz, R.S., Rasker, J.J., & Russell, A.S. (2014).

Fibromyalgia and physical trauma: the concepts we invent. *The Journal Of Rheumatology*, 41(9), 1737-1745. Doi: 10.3899/jrheum.140268