



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

“Abordaje humanista del impacto del trauma complejo del desarrollo sobre síntomas ansioso-depresivos y fibromialgia”

“Humanistic approach to the impact of complex developmental trauma on anxious-depressive symptoms and fibromyalgia”

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER DE PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA
Curso 2023 - 2024

Jacobo Márquez López

Tutora: Sofía Rademaker Martín-Municio

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. TÍTULO DEL TRABAJO | 3 |
| 2. PALABRAS CLAVE | 3 |
| 3. RESUMEN | 3 |
| 4. ABSTRACT | 3 |
| 5. INTRODUCCIÓN | 4 |
| 5.1 Fibromialgia | 5 |
| 5.2 Trauma complejo del desarrollo | 6 |
| 5.3 Fibromialgia y Trauma | 8 |
| 5.4 Abordaje del trauma desde enfoque Humanista Integrador..... | 10 |
| 6. DISEÑO | 13 |
| 7. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN | 14 |
| 8. PRESENTACIÓN DEL CASO | 16 |
| 9. ANTECEDENTES | 19 |
| 10. FORMULACIÓN DEL CASO | 23 |
| 11. TRATAMIENTO Y CURSO | 25 |
| 12. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO | 32 |
| 12.1 Inventario de depresión de Beck. | 32 |
| 12.2 Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo..... | 33 |
| 12.3 Cuestionario de Apego Camir-R. | 34 |
| 12.4 Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF)..... | 36 |
| 13. DISCUSIÓN | 38 |
| 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 41 |

1. TÍTULO DEL TRABAJO

Estudio de caso: “Abordaje humanista del impacto del trauma complejo del desarrollo sobre síntomas ansioso-depresivos y fibromialgia”

2. PALABRAS CLAVE

Trauma complejo del desarrollo, Fibromialgia, Terapia humanista, Estudio de caso.

Keywords: Complex developmental trauma, Fibromyalgia, Humanistic therapy, Case study.

3. RESUMEN

La Fibromialgia (FM) es una afección reumatológica crónica de origen desconocido que afecta a los tejidos blandos, causando un dolor persistente en diferentes zonas del cuerpo, que suele ir acompañado de trastornos del sueño, del ánimo y fatiga crónica. La FM se encuentra estrechamente relacionada con el Trauma complejo. En las últimas décadas, se ha demostrado la eficacia del tratamiento del trauma desde el enfoque humanista experiencial. En este estudio se expone el caso clínico de una mujer de 37 años de edad con diagnóstico de FM, M.79.0 (CIE-10). Basándonos en un enfoque de terapia humanista integrador, haciendo un especial hincapié en la Terapia focalizada en la emoción, la Terapia Gestalt y el Focusing, se expone el proceso terapéutico llevado a cabo, así como los resultados de la evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento, los cuales muestran la eficacia del mismo.

4. ABSTRACT

Fibromyalgia (FM) is a chronic rheumatologic condition of unknown origin that affects the soft tissues, causing persistent pain in different areas of the body, often accompanied by sleep disturbances, mood disorders and chronic fatigue. FM is closely related to Complex Trauma. In recent decades, the efficacy of trauma treatment from the humanistic experiential approach has been demonstrated. This study presents the clinical case of a 37-year-old woman with a diagnosis of FM, M.79.0 (ICD-10). Based on an integrative humanistic therapy approach, with special emphasis on Emotion Focused Therapy, Gestalt Therapy and Focusing, the therapeutic process carried out is presented, as well as the results of the pre-treatment and post-treatment evaluation, which show the efficacy of the treatment.

5. INTRODUCCIÓN

La importancia del caso radica en exponer la relación existente entre condiciones tanto fisiológicas (en este caso, la fibromialgia) como psicológicas y la existencia de un trauma complejo no procesado, es decir, cómo las experiencias traumáticas pueden brotar tiempo después de su ocurrencia, a modo de trastornos somatomorfos. El estudio aquí presente busca explicar los procesos de disociación corporal y somatización como respuestas al trauma. Del mismo modo, considero importante el estudio de caso ya que se busca dar más visibilidad a la Fibromialgia, buscando una mayor aceptación y entendimiento de esta. Este estudio de caso busca reforzar y dar más evidencia a tratamientos del trauma no tan convencionales (Terapia cognitivo-conductual, EMDR), en este caso, al abordaje del trauma desde un enfoque humanista integrador.

Se considera importante dar un breve contexto acerca de la situación de la paciente con el fin de poder entender la congruencia de las variables posteriormente descritas. I. (37) convive en Madrid con su madre y su hermano por parte de madre. Su padre se fue cuando ella era una niña. Padece de Fibromialgia y Endometriosis desde hace años, lo cual le resulta bastante limitante a nivel físico. I. ha tenido una vida, en concreto, una infancia, considerablemente traumática. Fue criada por su madre y sus abuelos, sin embargo, su historia sí ha estado marcada por el abandono, la negligencia durante la crianza, así como el abuso por omisión y la inestabilidad.

Respecto al motivo de consulta, nos comenta que, por una parte, le gustaría que tratáramos todo lo relacionado con la fibromialgia, es decir, que le ayudemos en la medida de lo posible (dada su cronicidad) a vivir con ese dolor y fatiga e ir poco a poco aceptándolo. Así mismo, nos pide trabajar en una mayor gestión emocional, dada su tendencia hacia la depresión y ansiedad.

El objetivo general del estudio es reflejar un caso clínico concreto desde un enfoque humanista integrador. A un nivel más concreto, el objetivo consiste en observar cómo puede influir el tratamiento psicoterapéutico de un trauma complejo del desarrollo en la sintomatología correspondiente tanto a la fibromialgia como a la ansioso-depresiva. El enfoque terapéutico que se va a llevar a cabo es de corriente humanista, integrando una base marcada de humanismo experiencial junto a diferentes técnicas correspondientes a escuelas como la TFE (Terapia Focalizada en la emoción), Focusing y Gestalt. La hipótesis sostiene que la sintomatología

tanto física, referida a la experimentación del dolor y fatiga crónica, como psicológica, en cuanto a los signos ansioso-depresivos de la paciente, van a ir reduciéndose progresivamente a medida que avance el tratamiento psicoterapéutico.

Para comenzar, se introducen brevemente los términos de Fibromialgia y Trauma complejo del desarrollo y la exposición de su convergencia.

5.1 Fibromialgia

La fibromialgia (en adelante, FM) fue reconocida por las OMS en 1992, incluyéndose en el manual de la CIE-10 dentro de las enfermedades reumáticas de partes blandas (tendones, músculos, etc) con el código M79.0, definida como “reumatismo inespecífico” (Navarrete-Hurtado, 2021).

La FM es una afección crónica que afecta al sistema reumatológico caracterizada por un dolor músculo-esquelético crónico no explicable, insistente, y profundo en diferentes localizaciones corporales. Suele clasificarse como un síndrome de sensibilización central, en el que está implicado el sistema nervioso central (SNC) (Acosta-Gallego et al, 2023). Supone la existencia de una alteración en el SNC ocasionada por diversos factores (psicológico, hormonal, inmune, traumático, sumado a una predisposición genética) (Cueto-Escabias, 2017).

A este dolor crónico y generalizado se le unen la hiperalgesia (i.e., respuesta incrementada a estímulos normalmente dolorosos), la alodinia (i.e, dolor debido a estímulos que normalmente no son dolorosos), trastornos del sueño y somáticos, fatiga (síndrome de fatiga crónica) y alteraciones cognitivas y trastornos de ánimo, respondiendo así a una afección multimodal. En consecuencia a esto, los pacientes que sufren de FM experimentan una considerable disminución de la calidad de vida (Peña-Muñante, 2023).

A pesar de que la incidencia de la FM es cada vez mayor, ocurren dos cosas, por un lado no existe un tratamiento puntero ni de referencia debido a su probable origen multicausal, así mismo dada su complejidad existe un infradiagnóstico e infratratamiento de la enfermedad (Castrillón-Bustamante et al, 2021).

Aún en la actualidad, su origen es desconocido, por lo que su clasificación nosológica como una afección orgánica ha sido y es cuestionada, siendo considerada por muchos, de carácter psicógeno o psicósomática. Es un síndrome complejo debido a la ausencia de pruebas médicas que puedan corroborar el diagnóstico y a su etiología desconocida (Castellano-García, 2013).

5.2 Trauma complejo del desarrollo

Se considera “trauma” como aquella vivencia que es inasumible para los esquemas emocionales y cognitivos habituales de la persona. En concreto, el trauma relacional se caracteriza por ello por poner en tela de juicio el mundo relacional del sujeto: el sí mismo en relación.

Las personas desarrollamos un sentido de unicidad, de ser únicos mediante una identidad narrativa única. La construcción de la autonarrativa acerca de quiénes somos, se da en el contexto de un proceso dialéctico relacional. De modo que, desde la infancia, la autonarrativa se construye conjunta y recíprocamente con una figura de apego. La experiencia de vinculación, a modo de conexión y diferenciación de los otros y del mundo es la principal reguladora afectiva (Bowlby, 1992). Sin embargo, cuando los estados afectivos no son reconocidos por los cuidadores, estos pueden quedar excluidos o negados de la conciencia, influyendo negativamente en el desarrollo psicológico (Mantilla, 2014).

Cuando se da un fracaso a la hora establecer una relación de reciprocidad a nivel emocional entre el niño y sus figuras de apego, es posible que el susodicho tienda a ser emocionalmente insensible o a expulsar de la conciencia, mediante los procesos disociativos, ciertos estados emocionales que le resulten molestos o apenas estén diferenciados. Por ello, los sujetos que han experimentado experiencias de abuso o privación afectiva tienen más posibilidades de sufrir sintomatología disociativa, ya que no han podido construirse a sí mismos en conexión segura con un otro (Siegel, 1999).

Durante el trauma, ocurre la disociación traumática, entendida como la fragmentación de la experiencia a nivel cognitivo y emocional, desafiando así el sentido de unicidad del sí mismo

e imposibilitando la integración de la vivencia traumática en la narrativa única vital. (Rodríguez-Vega, Fernández-Liria y Bayón-Pérez, 2005).

Judith Herman fue la primera en proponer en 1992 el término Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT-Complejo), para diferenciar a aquellos supervivientes a una exposición traumática crónica y extendida en el tiempo, cuyos síntomas más significativos eran distintos a los expuestos en el diagnóstico de TEPT en las versiones 3 y 4 del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (Herman, 1992).

El DSM-IV TR (2002) y el DSM-V (2013) han abordado esta sintomatología como una forma más compleja del TEPT, pero no como algo distinto, otorgándole el nombre de DESNOS (Trastornos de Estrés Extremo no Especificado), cuya sintomatología se encuentra muy ligada al TEPT. Sin embargo, la undécima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedad y problemas de Salud relacionados (CIE-11), sí ha incluido el TEPT complejo como una nueva entidad nosológica (CIE-11, 2015).

El primero en postular el término de Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD), para hacer referencia al trauma complejo ocurrido en la infancia, fue Van der Kolk (2005).

El trauma complejo del desarrollo se define como una serie de eventos traumáticos que ocurren a nivel personal o colectivo, teniendo las particularidades de ser interpersonal, crónico y con su inicio en la niñez. El Trauma complejo incluye, entre otros, el abuso sexual, físico y emocional en niños y niñas, negligencia, así como ser testigo de violencia doméstica.

Lo traumático se genera por lo horrible y disruptivo de la experiencia, la cual supera las capacidades de defensa del niño en una situación en la que huir o luchar no son opciones accesibles para protegerse. De esta manera, se activan defensas instintivas junto a una extrema excitación no mediada por la corteza, superando los límites tolerables y convirtiéndose en reacciones físicas, fisiológicas y emocionales que no se pueden integrar (Ogden, 2021). Estas reacciones se instauran como respuestas somáticas ante determinados estímulos similares a los del pasado, desencadenando en una re-experimentación a través de imágenes, emociones, relaciones interpersonales, conductas, etc. (Van der Kolk, 2017).

El TTD proviene de la vivencia crónica al trauma interpersonal en la infancia, pudiéndose materializar en diversos síntomas que afectan a diversas áreas, entre las que destacan: apego,

biología, regulación del afecto y autorregulación, consciencia, control de la conducta, cognición y autoconcepto (Cook et al, 2005).

En definitiva, el trauma complejo del desarrollo (en adelante, TCD), hace referencia a la experiencia de haber padecido múltiples traumatizaciones, en concreto a nivel interpersonal y suponiendo unas consecuencias nefastas para el desarrollo del infante. (Van der Kolk et al, 2005).

5.3 Fibromialgia y Trauma

Una vez expuestos estos dos términos fundamentales para el desarrollo del estudio de caso, considero importante continuar mencionando la convergencia existente entre el haber padecido un trauma complejo del desarrollo (TCD) con la plausibilidad de padecer Fibromialgia (FM) en un futuro más o menos próximo.

Para poder relacionar estos dos conceptos es imprescindible que hablemos de disociación y somatización. La disociación es un mecanismo de defensa fundamental ante el trauma, de modo que funciona “desconectando” nuestro self de la realidad ante una situación límite que sobrepasa nuestros recursos de regulación y afrontamiento (Bonilla, 2012). Por otro lado, la somatización se refiere a vivencia de la disforia o estrés en forma de síntomas físicos, preocupaciones corporales, así como experimentarse predominantemente a uno mismo en términos físicos. De este modo, los aspectos físicos y psicológicos no quedan integrados en una misma experiencia, suponiendo una alteración del self (Rodríguez-Vega, Fernández-Liria y Bayón-Pérez, 2005).

Janet (1920) ya unía el concepto de somatización tanto con la disociación como con el trauma, sugiriendo que los recuerdos de las vivencias traumáticas que quedan excluidos de la conciencia, contribuyen a la disociación y a la somatización a modo de histeria. Van der Kolk (1994) y Nemiah (1998) están de acuerdo a la hora de considerar la somatización y la disociación como expresiones tardías del trauma, incluso aún cuando no haya evidencia suficiente para el diagnóstico de TEPT.

De este modo, existen multitud de evidencias empíricas que conectan el trauma con la somatización y la disociación. En concreto, el 90% de las mujeres que sufren trastornos somatoformos refieren historia de abuso físico y/o emocional y el 80% algún tipo de abuso sexual (Pribor et al., 1993).

Muchas corrientes entienden la somatización como la expresión de la experiencia corporal del trauma. Al igual que la disociación, la somatización está relacionada con sentirse desbordado por estados emocionales intensos o pobremente diferenciados. En concreto, la somatización se puede entender cómo un intento de organizar un mundo interno caótico a través de vivencias corporales más reales (Holloway y Zerbe, 2000).

El término de síntomas o trastornos psicósomáticos se da cuando existe un malestar físico la cual no puede ser explicada en su totalidad mediante un diagnóstico médico, de modo que se parte de un origen físico del trastorno, asociado a factores psicológicos, en los que prima mayoritariamente el estrés (González-Ramírez y Hernández, 2006).

Del mismo modo, se hipotetiza que las enfermedades psicósomáticas son producto de una activación del sistema nervioso autónomo, ya que este se activa ante la percepción de estresores. De esta manera, ante situaciones de estrés crónico, los órganos estimulados por los tejidos nerviosos aumentan su tasa metabólica, imposibilitando su relajación e iniciando las disfunciones somáticas (Wimbush y Nelson, 2000).

Más allá del estrés, la depresión y los trastornos de ansiedad también se encuentran asociados al desarrollo de trastornos psicósomáticos (Lipowski, 1998). Del mismo modo, la somatización también está relacionada con variables como el sexo (femenino), el apoyo social, la autoestima, la alexitimia y las formas de afrontamiento (González-Ramírez y Hernández, 2006).

Como ya he mencionado anteriormente (Castellano-García, 2013), el origen de la FM es realmente difuso, siendo un síndrome complejo dada la ausencia de pruebas que corroboren el diagnóstico de la FM. Por ello, es considerada por muchos, una afección de carácter psicógeno y psicósomático.

Se ha podido constatar que un extenso grupo de los pacientes con FM ha sufrido algún tipo de experiencia traumática durante la infancia, ya bien sea a nivel físico, sexual, psicológico, negligencia o abuso por omisión. De este modo, la exposición a experiencias traumáticas, en

concreto, haber padecido un TCD ha sido determinado como un factor de riesgo para el desarrollo de esta afección (López-Espina y Mingote Adán, 2008; Duse Y Zanus, 2014).

La exposición a experiencias traumáticas durante la infancia parecen ser un factor importante en el desarrollo de FM, relacionándose así mismo con los trastornos de ansiedad y de ánimo comórbidos (Gündüz et al, 2018)

Así mismo, se ha demostrado que en torno a un 45,5 % de los pacientes que sufren de FM se encuentran dentro del espectro del TEPT, entre el que se incluye el TCD (Conversano et al, 2019). Del mismo modo, Abu-Shakra, Flusser y Sukenik (2008) muestran que entre el 25-50% de los usuarios con FM asocian el inicio de la sintomatología correspondiente a la FM con un trauma físico precedente. Nicolson (2022) concluyó en su estudio que entre los afectados por FM, un 82% confirmó haber sufrido una experiencia traumática, tanto en la infancia como en la vida adulta.

De este modo, se puede observar que existe una considerable comorbilidad entre el TCD y la FM, lo cual parece señalar una interacción difusa entre estos dos factores, en la cual se incluyen factores que atienden a la predisposición genética a desarrollar esta enfermedad.

Una vez expuesta la convergencia entre la FM y el TCD, se considera importante justificar el porqué de utilizar un enfoque humanista integrador.

5.4 Abordaje del trauma desde enfoque Humanista Integrador

La principal razón por la que se ha decantado por un enfoque humanista integrador es, en primer lugar, las bases que sustentan la terapia humanista y promueven al cambio, así mismo, he decidido optar por por terapia de corte humanista experiencial (Focusing, TFE), ya que hay una vasta literatura acerca de la importancia del trabajo con el cuerpo en el abordaje del trauma (Van der Kolk, 2020; Levine, 2013). La idea es caminar hacia la reconexión e integración con uno mismo, es decir, trabajar sobre la disociación y desconexión consecuente del padecimiento del trauma. Kuhfuß, Maldei, Hetmanek y Baumann, N. (2021) muestran, mediante un meta-análisis, la efectividad de las terapias orientadas al cuerpo en el tratamiento del trauma.

La corriente en la que se basa la intervención es la psicología humanista, la cual nace en la década de los cincuenta y sesenta, planteándose como la “tercera fuerza”, junto a la terapia psicoanalista y a la terapia cognitivo-conductual. El humanismo tiene una concepción del hombre caracterizada por la autorrealización, la autonomía y la orientación por la meta y el sentido. La psicoterapia humanista se fundamenta en diversas bases, entre las que destacan la relación terapéutica. Rogers (1957) enuncia que el cambio terapéutico depende en gran medida de la relación del terapeuta con el paciente, surgiendo así, la Terapia Centrada en la persona. En concreto, esta corriente defiende que el terapeuta ha de tener una actitud de autenticidad, aceptación incondicional y congruencia. El reflejo como instrumento de sintonización empática, el otorgar mayor importancia al momento presente, así como a los procesos emocionales, son algunas de las novedades que introduce la psicoterapia humanista (Rosso y Lebl, 2006).

Más adelante, uno de los discípulos de Rogers, Gendlin (1961), desarrolla el concepto de experiencing, haciendo referencia un flujo continuo de experiencias corporales, ocurridas en el momento presente mediante la unión de organismo-ambiente y generan la creación de nuevos significados y por ello, cambios.

Kalsched (2020) sugiere el “Sistema de autocuidado”, el cual surge con la exposición ante experiencias traumáticas, emergiendo desde el inconsciente, es un sistema de defensa que usa la escisión y la disociación para colocar los afectos. Por ello, explica las resistencias que se dan en el proceso terapéutico, ya que cuando resurgen las experiencias traumáticas, estas amenazan con desorganizar la personalidad. Por ello, postula que el terapeuta debe centrarse en la regulación del afecto constante, manejando las brechas disociativas y velando por la creación de una realidad interpersonal nueva mediante el uso de técnicas centradas en la atención corporal como ayuda en la restauración de la capacidad de sentir de los pacientes.

La Psicoterapia Orientada al Focusing (siglas en inglés: FOT) es una herramienta de la terapia experiencial y se aplica en el abordaje de experiencias traumáticas, en un proceso de relacionarse con el dolor, con el fin de integrar aspectos fragmentados o desconectados y restaurar la totalidad. El abordaje del trauma se lleva a cabo a través de la sensación sentida, sin enfrentarlo directamente, desde una distancia segura, evitando un proceso de retraumatización (Dearly, 2019). Esta integración se realiza entendiendo el cuerpo-mente-

entorno como un conjunto, logrando que los pacientes desarrollen conciencia sensorial y entren en contacto con su experiencia interior inmediata y se relacionen con ella (Gendlin, 1996).

Se propone la utilización del focusing en casos de trauma complejo del desarrollo ya que se camina paulatinamente hacia un observar del paciente con respecto a su sentir, del cual, en muchos casos, se encuentra disociado o desconectado, permitiéndose, dadas las cualidades del FOT, un acercamiento al trauma respetando su tolerancia y necesidades (Armenta, 2002). Del modo, este autor también considera importante en este proceso el uso de técnicas recogidas de la Gestalt y la terapia focalizada en la emoción, como la silla vacía para asuntos no resueltos pasados con los abusadores y/o figuras de apego, así como el diálogo de dos sillas para integrar partes fragmentadas.

Por otro lado, la terapia focalizada de emoción (en adelante, TFE) es un tratamiento experiencial que reúne características de la Gestalt, la terapia centrada en el cliente, junto con la teoría de las emociones. La TFE argumenta que las emociones poseen un potencial adaptativo innato que si se activa, promueve el cambio de estados emocionales problemáticos o disfóricos (Greenberg y Elliot, 2006). Las emociones están ligadas a nuestras necesidades, de modo que conducen hacia su satisfacción. De este modo, en la TFE se acompaña al cliente en el trabajo de nombrar, experimentar, expresar, dar sentido, transformar y manejar de modo flexible sus emociones. Los esquemas emocionales suponen la fuente de experiencia primaria, la cual actúa automática e implícitamente para construir una experiencia sentida y la tendencia a la acción. De este modo, los esquemas emocionales conforman el nivel más basal del self (Greenberg, Elliot y Pos, 2015).

Del mismo modo, está demostrado que el trabajo con las emociones desde la TFE, en concreto, la expresión emocional, provoca modificaciones en daños emocionales interpersonales, en los que predomina el trauma (Goldman, Greenberg y Angus, 2006). La TFE trabaja durante el tratamiento mediante la activación de la emoción con el fin de modificar los esquemas emocionales que funcionan de modo automático y suelen ser la raíz de la disforia (Greenberg, Elliot y Pos, 2015). Así mismo, la TFE defiende que el procesamiento del trauma se lleva a cabo mediante el trabajo con emociones primarias adaptativas que se encuentran reprimidas, creando así nuevos significados, modificando por tanto los esquemas emocionales desadaptativos (Mlotek y Paivio, 2017).

6. DISEÑO

El diseño llevado a cabo es un estudio de caso único. Las sesiones psicoterapéuticas correspondientes al estudio de caso se llevan a cabo en el Centro Psicológico SMC (C. de Cartagena, 103, 1d, Chamartín, 28002 Madrid). El caso se lleva a cabo en coterapia, existiendo una notable diferencia en el peso que aporta el Terapeuta principal con respecto al coterapeuta. Ambos terapeutas son estudiantes en la Universidad Pontificia de Comillas, tanto del Máster General Sanitario como del Máster en Psicoterapia Humanista Experiencial y en Terapia Focalizada en la Emoción.

Respecto a la experiencia clínica del terapeuta, el terapeuta principal pone un énfasis muy importante en el vínculo con el paciente, así mismo, prima el estar realmente presente en sesión y trabajar atendiendo a su “caja de resonancia interna”. Por supuesto también atiende a aspectos más relacionales tanto de la actualidad como del pasado, en concreto a aquellas necesidades no cubiertas, siendo un objetivo la satisfacción de estas por el propio paciente.

El Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas ha aceptado que se lleve a cabo el correspondiente estudio de caso.

7. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La terapia humanista experiencial, así como el Focusing y la Terapia Focalizada en la emoción (TFE), no suelen ir acompañadas de instrumentos y diagnósticos estandarizados. A pesar de esto, con la finalidad de concretar los cambios que se dan durante el proceso terapéutico, se han utilizado determinados instrumentos de evaluación con medidas pre-post:

Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF). (Burckhardt et al, 1994): Herramienta autoadministrada que mide el impacto del Síndrome de Fibromialgia (SFM) en la capacidad funcional y en la calidad de la vida de las personas que lo presentan. En concreto, evalúa el impacto a nivel físico, la posibilidad de llevar a cabo el trabajo habitual, así como en el caso de realizar una actividad laboral remunerada, así como ítems subjetivos relaciones con el cuadro del SFM (dolor, fatiga y rigidez) y con el estado emocional (ansiedad y depresión). El primer ítem (escala de función física), contiene 10 subítems con respuesta en escala Likert de 0 “Siempre” a 3 “Nunca”. El ítem 2 hace referencia a cuántos días se sintió bien en la última semana, respuesta EN de 0-7. El ítem 3 hace referencia a los días que faltó a su trabajo por causa del SFM, EN de 0-5. Desde el ítem 4 al 10, se responden mediante escalas visuales analógicas, evaluando dolor, fatiga, cansancio, rigidez, ansiedad y depresión.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996): Autoinforme que proporciona una medida que busca determinar la presencia y gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 o más años. Compuesto por 21 ítems de tipo Likert de 0-3 (excepto ítems 16 y 18), los cuales representan síntomas indicativos tales como el llanto, la tristeza, sentimientos de culpa y fracaso, deseos de suicidio, pesimismo, etc. Con respecto a la puntuación, se establecen diferentes puntos de corte, escidiéndose en 4 grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Cuestionario de apego (CaMir-R) (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011): es un cuestionario que mide las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar en la adolescencia y principio de edad adulta. Está compuesto por 32 ítems que el participante debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 1 “Totalmente en desacuerdo” a 5 “Totalmente de acuerdo”. Las dimensiones de apego permiten

conocer las características de las representaciones de apego, además algunas de estas dimensiones permiten estimar el estilo de apego de la persona.

Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970): Cuestionario autoadministrado que mide dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R), la primera hace referencia a una condición emocional transitoria, mientras que la segunda a una propensión ansiosa estable. Ambas dimensiones cuentan con 20 ítems de tipo Likert, en el caso de Ansiedad-Estado de 0 “nada” a 3 “mucho”, en el caso de Ansiedad-Rasgo de 0 “casi nunca” a 3 “casi siempre”.

Con el fin de determinar el cambio en las variables significativas antes y después de la intervención, se ha empleado el Índice de Cambio Confiado (ICC), el cual determina la existencia de cambios estadísticamente significativos.

Los datos se recogieron en las sesiones del 24/11/23 y del 01/12/23. La complementación de los instrumentos fue hecha a mano mediante la forma impresa de estos.

8. PRESENTACIÓN DEL CASO

I. (37) convive en Madrid con su madre y su hermano por parte de madre. Su padre se fue cuando ella era una niña. Padece de Fibromialgia y Endometriosis desde hace años, lo cual le resulta bastante limitante a nivel físico. Refiere que el año pasado tocó fondo y decidió darle un vuelco a su vida. Volvió a estudiar y dice haber echado de su vida a quien no le aportaba, decidiendo terminar la ESO y hacer un grado medio de informática. I. trabajaba en Leroy Merlin hasta hace 2 años, ya que le dieron la baja debido a sus dificultades a nivel físico, resultándole imposible realizar este trabajo tan cargante a nivel corporal.

I. ha tenido una vida, en concreto, una infancia, considerablemente traumática. Fue criada por su madre y sus abuelos, sin embargo, su historia sí ha estado marcada por el abandono, la negligencia durante la crianza, así como el abuso por omisión y la inestabilidad.

Respecto al motivo de consulta, nos comenta que, por una parte, le gustaría que tratáramos todo lo relacionado con la fibromialgia, es decir, que le ayudemos en la medida de lo posible (dada su cronicidad) a vivir con ese dolor y fatiga e ir poco a poco aceptándolo. Así mismo, nos pide trabajar en una mayor gestión emocional, dada su tendencia hacia la depresión y ansiedad.

Finalmente, me gustaría mencionar brevemente la sintomatología más llamativa del paciente, entre la que se destaca:

- **Dolor y fatiga crónicos a consecuencia de Endometriosis y Fibromialgia.** A pesar de que sea algo más bien pertinente a la dimensión física, es conveniente mencionarlo ya que condiciona gran parte de su vida. “Todos los días me duele algo”, descansa realmente mal, hay semanas que se queda en casa ya que levantarse le implica un dolor enorme. Es importante mencionar que la fibromialgia es entendida por muchos como una enfermedad psicosomática, la cual muchas veces surge a consecuencia del trauma, algo que cuadra perfectamente con la historia de I.
- **Desconexión emocional.** I. se encuentra muy desconectada con respecto a su cuerpo y a sus emociones, noto que está bastante dissociada. A lo largo de las sesiones se han entrado en temas de su infancia realmente complicados en los que ha habido abusos y negligencias de muchos tipos, sin embargo, a nivel contratransferencial apenas he

notado demasiado emocionalidad, sino más bien, un discurso plano. Así mismo, es muy difícil tratar de aterrizar en el cuerpo o preguntarle acerca de lo que le genera determinada situación, ya que le cuesta expresar más allá de “bien, mal, no sé”. I. tiene una enorme dificultad a la hora de reconocer las emociones y más aún a la hora de experimentarlas.

- **Sintomatología ansioso-depresiva.** Lo que más sobresale es el sentimiento de desesperanza, pensamiento catastrofista y pesimismo con respecto al futuro, a las personas y en general. I. está bastante desconectada con respecto a sus emociones por lo que tampoco percibo una neurosis muy marcada, aunque sí que existe una ansiedad flotante y un pesimismo algo notorio. Esta sintomatología es algo que le ha acompañado siempre. En la actualidad, está muy preocupada y angustiada porque no tiene trabajo y a lo mejor deja de cobrar la baja, “tengo miedo de volver a caer tan bajo como el año pasado”. En sí, su tono de vida es apático y algo abúlico, muchas veces está apagada, también se puede entender por el hecho de que apenas descansa por las noches.

- **Dificultad a la hora de vincularse.** I. expresa que le cuesta mucho relacionarse, “no soy normal”; “Me muestro con los demás, pero la gente no quiere que me muestre”. Sus parejas siempre han tenido un perfil de “narcis y politoxicómanos”, ya que “lo normal me aburre”, “voy de salvadora con ellos, pienso que podría cambiarles”, “si me das caña, me engancho”, “Me he engancho al maltrato, he elegido siempre desde el dolor”, “Quizás no hay nadie para mí”. Así mismo, en una sesión comentó que la gente no debería tener hijos, “deseo la extinción del S.H”, respecto a la maternidad, nos comenta que ha tenido 2 abortos (19, 32), expresando: “no quería hacerle sentir a mi hijo las cosas que yo he vivido”. Así mismo, respecto a sus amistades, “no me junto con mucha gente, no me gusta la gente, todos acaban oliendo a mierda”; “siento que no tengo a nadie a quien llamar y me ayude, mientras que yo me preocupo de más por la gente”. “Me he puesto un escudo, no creo en nadie”.

- **Componente autodestructivo y tendencia al autosabotaje.** Es algo que comenta en muchas ocasiones, que tiene un componente autodestructivo “tanto en pensamientos como en acciones”, una tendencia a complicarse la vida, conectada con una enorme necesidad de caos y miedo a la estabilidad, ya que en el caos encuentra familiaridad dada su historia de vida, impidiéndole conectar así mismo con sus heridas y carencias. Este componente autodestructivo, se entiende también como una necesidad de

autosabotaje, de autoconfirmación, Ej: en las relaciones, que le lleven a la creencia nuclear de abandono, de que no es suficiente, de que no merece ser querida. “Siempre me pasa lo mismo”

Así mismo, a la paciente le ha entregado el consentimiento informado, el cual ha aceptado, afirmando así su participación en el Estudio de caso aquí presente. Quedando adjuntado el consentimiento informado a continuación.

9. ANTECEDENTES

I. toma fluoxetina ya que más allá de ser un antidepresivo, es un medicamento muy beneficioso para la fibromialgia. I. nos comenta haber padecido una sintomatología ansioso-depresiva desde que era muy joven, “¿Por qué mi madre no me quiere?, eso es lo que más ansiedad y depresión me ha dado”. A los 21 años tuvo un episodio de depresión muy fuerte, por el que dejó de estudiar peluquería. El año pasado, llegó a planificar su suicidio, lo iba a realizar mediante la ingesta de pastillas en el cementerio, junto a la tumba de su abuelo Julián. A raíz de esta situación, en la que tocó fondo, decidió darle la vuelta a su vida, “mi templo es sagrado”.

I. nos comenta que la depresión y la ansiedad le han acompañado toda la vida, ella lo conecta con las experiencias que ha tenido en su infancia. Iris hizo un proceso terapéutico antes de SMC, expresando que estuvo muy bien pero que solo se centraron en su expareja y consideraba que había más cuestiones que tratar.

En la actualidad, I. vive con su madre y su hermano en Madrid. Su padre se fue cuando ella era un bebé, conociéndole finalmente hace 4 años (33) en un viaje a Granada, donde en absoluto se sintió cómoda, sino más bien triangulada por su padre y tía materna. Durante su infancia, vivió con su madre, sus abuelos maternos y su tío hasta los 12 años. Su abuelo Julián ha sido un padre para ella “Mi guardián, mi ángel de la guarda”, sin embargo, era alcohólico, bebiendo con mucha frecuencia pero “pasaba tiempo conmigo que es algo que no ha hecho nadie”. Juntos se iban de bares, dándole mucha vergüenza cuando se emborrachaba, del mismo modo, tenía episodios de ira con su mujer, la abuela de I. La relación de los abuelos tampoco era buena, “nunca vi una relación sana, no sé querer”.

I. expresa: “Mi infancia fue muy dura, no me han dado cariño nunca, mi madre no me quería” con respecto a su madre nos expresa que anteponía todo antes que a ella, haciendo mucho hincapié con los hombres: “a mi madre le ponías un hombre delante y yo desaparecía por completo”, añadiendo “Acepto que mi madre es así, ya no me duele tanto”. Así mismo, algo significativo a contar es que me comentó que cuando era más pequeña apenas había comida en casa y la que había era siempre procesada.

Durante su infancia, prefería pasar tiempo en la calle, ya que en casa había muchos gritos y discusiones, haciendo alusión a su abuelo cuando estaba ebrio, así mismo, expresa “no me han tratado bien en casa, me han pegado mucho, mi madre, sus parejas y mi tío, nadie me protegía”. Le gustaba ir a dormir a casa de sus amigas para ver lo que era un hogar “¿Por qué no me ha tocado una familia así?”.

En una sesión me comentó como ella con 8 años pensaba: “Mi madre no me quiere y es una puta”, relatándome dos episodios, uno en la que su madre le abandona (tenía $\frac{4}{5}$ años) para besarse sobre el capó de un coche con un mimo que había en la plaza del pueblo. Así mismo, me contó cómo su madre había mantenido relaciones sexuales con ella en la misma cama siendo ella pequeña en más de una ocasión. Así mismo, me contó que había sufrido más abusos sexuales de pequeña y de más mayor, en una ocasión en el colegio ($\frac{5}{6}$) en el recreo por dos compañeros que le levantaron la falda y le tocaron en su zona íntima, en el bar al lado de su casa mientras iba a por tabaco para su madre por un señor mayor que le acorraló y le tocó y en su primer trabajo (16) por un grupo de compañeros de trabajo que le acorralaron y tocaron mientras el resto miraba y se reía. En esta última ocasión, también le echaron a ella por haber fumado cannabis en el trabajo, de modo que “a mi madre le faltó pegarme por haberle puesto en vergüenza”. “Parece que cuando era pequeña tenía un cartel de tócame”.

Respecto a la infancia y abusos sexuales sufridos en esta, me comenta que aún hay más por contar. En relación a esto, en la última sesión me dijo que siempre ha tenido problemas sexuales. “Es algo que está en un archivo ahí cerrado y no me sé la contraseña” “Siempre me ha dolido, nunca he llegado con una persona”, en la actualidad le es imposible dada la endometriosis.

Por lo que I. me comenta y la sensación que tengo es que quedan muchas más cosas de las que hablar acerca de la infancia, estamos entrando en ellas muy poco a poco, sin embargo, ella nos expresa que quiere abrir esas heridas, pero tiene mucho miedo a que rebrote todo y le explote en la cara. A mi parecer, I. ha sufrido un trauma infantil complejo, sobre el cual no ha tenido la oportunidad de hablar ni colocar en demasiadas ocasiones.

ha trabajado desde los 16 años a los 35, teniendo que dejarlo ya que el cuadro de Fibromialgia no le permitía continuar trabajando en Leroy Merlin. Siempre ha realizado trabajos de almacén,

ya que no contaba con estudios suficientes. Cuando le dan la baja hace dos años, decide retomar la ESO, consiguiendo graduarse de esta. A principios de la terapia, en septiembre, comienza un grado medio de informática, el cual acaba dejando en torno a enero ya que no se veía lo suficientemente capaz como para sacárselo. En la actualidad, I. ha comenzado a opositar, en concreto a Auxiliar administrativo del estado, ha encontrado un preparador online y se encuentra muy motivada. I. depende económicamente de su baja laboral, sin embargo, dada la antigüedad de esta, tiene que acudir al tribunal médico para verificar que puede seguir recibéndola, es algo que le preocupa inmensamente a día de hoy, ya que sigue viviendo con su madre y no quiere depender plenamente de ella.

En el plano sentimental, I. siempre ha tenido relaciones con personas muy conflictivas, ella siempre nos habla de sus exparejas como “narcis y politoxicómanos”. Tuvo una pareja de 4 años (21-25), conviviendo durante este tiempo, fue una relación en la que hubo infidelidades, abuso de sustancias (cocaína) por parte de él, maltrato psicológico, así como celotipia. La última pareja que tuvo terminó hace 1 año y medio, momento en el que dada su situación, decide dar un vuelco a su vida, esta relación también estuvo marcada por abuso de sustancias por parte de él y mucho maltrato, en el que sobre todo había mucha invalidación y desprecio. En sesión hemos visto cómo hasta ahora ha estado dispuesta a “mendigar amor”, es decir, estar dispuesta a pagar un precio muy alto para recibir amor o algo semejante, derivado de una herida de abandono nuclear. Así mismo, el hecho de buscar parejas con este perfil, es decir, personas que no están disponibles a nivel emocional, nos habla de que ella tampoco está disponible y de un miedo al compromiso, a la intimidad y vulnerabilidad.

Ella siempre nos comenta que lo normal le aburre, que necesita que le den caña, sin embargo, en la última sesión le confrontamos esto preguntándole si es que le aburría o en realidad le daba miedo la normalidad y la estabilidad. Desde que lo dejó con su expareja el año pasado no ha vuelto a tener una relación amorosa con nadie, tampoco está interesada en hacerlo ya que “no creo en nadie”, sin embargo, si viene un “narci” admite que le costaría no caer porque se ilusiona mucho con ellos, “no veo sus banderas rojas”. Nos comenta que va de salvadora de ellos, intentando salvarles, algo que conecta con su abuela, “Mi abuela ha tenido una vida de mierda e iba cuidando de todo el mundo, mi abuelo era muy así”.

Un ejemplo que puede ser importante respecto al plano sentimental o a su manera de vincularse, en Fabrik ligó con un chico, cuando este se iba, “este ya no vuelve”, se fue y volvió en diversas ocasiones, ella se emocionaba mucho cada vez que volvía porque no se lo esperaba. “¿Por qué tengo que sorprenderme cuando vuelve? Como si yo fuera una mierda”.

Respecto a las amistades, cuenta con alguna de ellas, pero no son muy abundantes. Hace poco celebró su cumpleaños en Fabrik y fueron unas amigas. Me da la sensación de que sí que hay una buena relación a pesar de que en alguna sesión ha ya comentado “mis amigos no valen ni para tomar por...”, creo que este comentario está más relacionado con sus dificultades en el vínculo y en las relaciones de intimidad que con sus amigas en sí. No suele hacer muchos planes en fin de semana, pero ella lo relaciona con la fibromialgia, ya que cada vez que sale de fiesta o se pasa un poco de movimiento, suele caer enferma y con unas agujetas enormes.

10. FORMULACIÓN DEL CASO

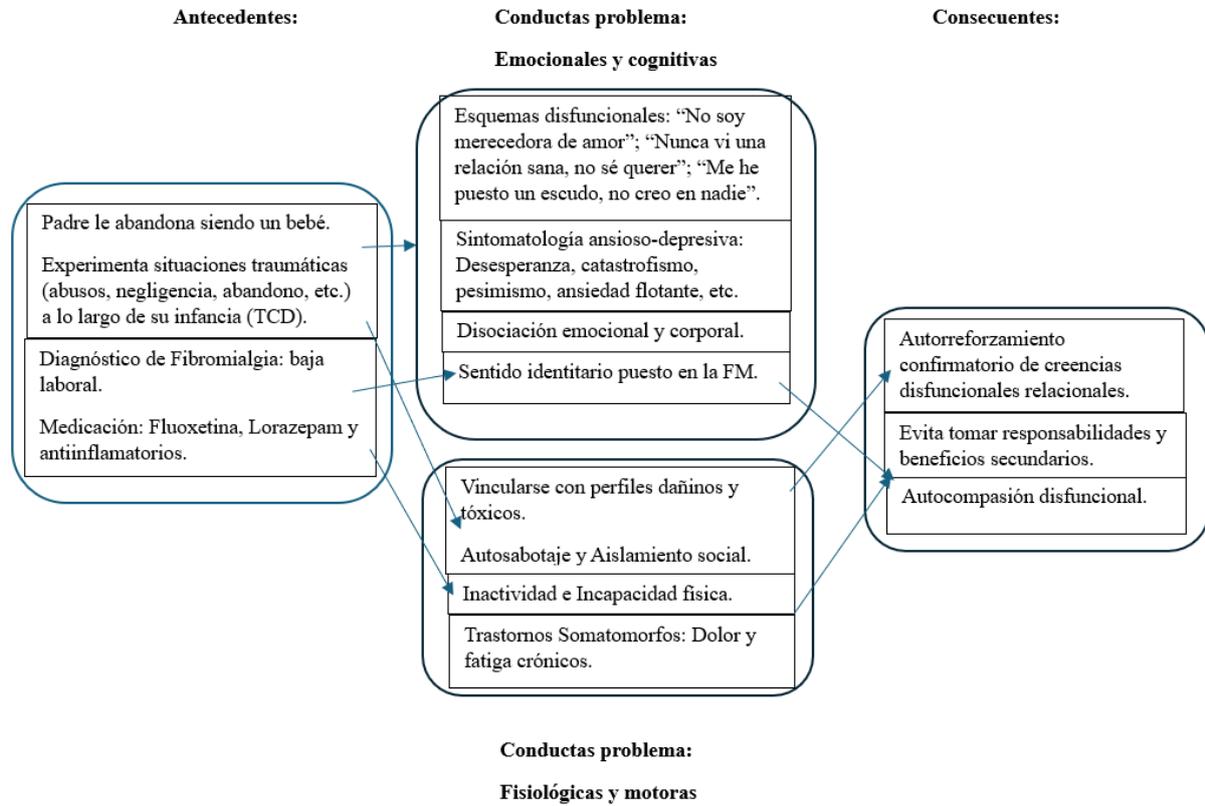
En este apartado vamos a exponer el modo de organización interno de I. A esta organización se llega mediante la observación y exploración del procesamiento emocional de la paciente. Por ello se utiliza el acrónimo MENSIT, el cual nos permite hacer la formulación de caso desde la terapia focalizada en la emoción. Está integrado por: M (Marcador de tarea), E (Emociones primarias), N (Necesidades), S (Emociones secundarias), I (Interrupciones) y T (Temas).

Con respecto a los (M) Marcadores, I. muestra los siguientes:

- Sentimiento poco claro y dificultades en la expresión de sentimientos: “No sé, bien, supongo”.
- Escisión auto-interruptora: A través de la risa, resoplos, cambio de tema, restar importancia, “lo que no me a mí...”.
- Escisión autoevaluativa: Componente autodestructivo en relaciones y autosabotaje en diferentes planos.
- Asuntos no resueltos: Con su madre.
- Marcador narrativo: Necesidad de narrar su historia.

Con respecto a las (E) Emociones primarias adaptativas, I. muestra preocupación y miedo por su futuro. Con respecto a las primarias desadaptativas, I. siente enfado hacia el sistema de salud, tristeza/autocompasión por su salud física. Respecto a las (N) Necesidades, I. tiene una enorme necesidad de ser vista, protegida y querida, todo ello ligado a que dichas necesidades no fueron satisfechas durante su infancia. En cuanto a las emociones (S) Secundarias, se pueden identificar varias, entre las que destacan la vergüenza, desesperanza, el pesimismo, miedo, culpa. Las actitudes (I) Autointerruptoras de I. se encuentra en la falta de responsabilidades, la no toma de decisiones vitales para ella, estar ciertamente infantilizada y dependiente, así como un locus de control externo, es decir, otorgando su recuperación y mejoría a nivel general a médicos y al sistema gubernamental. Por último, los temas presentes en el tratamiento terapéutico son, la gestión emocional de la sintomatología ansioso-depresiva, así como la aceptación y convivencia con la fibromialgia.

Así mismo, me gustaría incluir un análisis funcional de la conducta con el objetivo de ejemplificar en más detalle el caso:



11. TRATAMIENTO Y CURSO

El proceso terapéutico se ha llevado a cabo de manera presencial, en total han sido 17 sesiones, con una duración de una hora cada una, en la manteniéndose en líneas generales el mismo día y hora. I. ha asistido regularmente a las sesiones, exceptuando en determinadas ocasiones en las que no le era posible por motivos físicos, siempre con aviso previo. Por la misma razón, ha habido sesiones que I. ha preferido hacerlo de modo online. Cabe destacar que su adherencia al tratamiento, su disponibilidad y su disposición a trabajar durante el proceso terapéutico ha sido ciertamente irregular.

Las sesiones se han llevado a cabo en coterapia, siendo ambos terapeutas en formación. Así mismo, el caso ha sido supervisado por los profesionales del Centro Psicológico SMC. La intervención terapéutica a lo largo del proceso sigue una base humanista, en concreto a seguido escuelas como: Terapia Focalizada en la Emoción, Focusing Experiencial y Terapia Gestalt.

La intervención terapéutica está enfocada en la reconexión tanto a nivel emocional como a nivel corporal, con el fin de poder lograr un despertar emocional y un procesamiento productivo de las emociones que lleven a I. a una mayor integración de sus partes y su historia. Por ello, se prima durante el proceso terapéutico, el procesamiento emocional de todo aquello que se trabaje y surja en la terapia. De este modo, teniendo en cuenta el modelo teórico sobre el que se sustenta el caso, se persigue acceder al esquema emocional, con el fin de acceder a las emociones primarias desadaptativas, activarlas y modificar su significado mediante el trabajo con las necesidades esenciales pertinentes.

Con respecto a los objetivos generales, son los siguientes:

- Establecer una alianza terapéutica, de modo que el espacio de terapia sea sentido por I. como un lugar seguro.
- Trabajar en la aceptación y convivencia con la fibromialgia, entendida como enfermedad crónica.
- Ampliar la productividad y procesamiento emocional de I.
- Abordaje de la infancia y adolescencia de I., entendida como un Trauma complejo del desarrollo.

Con el fin de conseguir estos objetivos, perseguimos los siguientes objetivos específicos:

- Preocuparnos por formar un vínculo terapéutico de calidad que se mantenga a lo largo del proceso.
- Trabajar en que la paciente adquiriera más responsabilidad con respecto a su vida.
- Fomentar un estilo de vida saludable, promoviendo el autocuidado, implicado mayoritariamente en la convivencia con la Fibromialgia.
- Dotar de una psicoeducación tanto acerca de las emociones, estilos de apego y crianza, y trauma y su efecto en el cuerpo, trabajando acerca de la disociación y somatización.
- Favorecer la construcción de una identidad en la que se validen todas las experiencias emocionales internas.
- Reflejar a I. su modo de vincularse con los demás, el porqué de su autosaboteo en las relaciones de amistad y su postura pesimista respecto a estas.
- Buscar que I. conecte con sus heridas nuclear y necesidades no cubiertas.
- Hacer ver a I. como alguien más que su enfermedad, es decir, dota de unicidad y dejar de lado los beneficios secundarios que le da la enfermedad y la autocompasión vital.

Durante las primeras sesiones, el objetivo está en construir un vínculo mientras se recaba información y se explora acerca de los aspectos más relevantes de su vida. En la segunda sesión, I. nos narra muchos aspectos de su historia de vida “mi infancia fue mi dura y mi madre no quería”; “¿Por qué mi madre no me quiere?, esto es lo que más ansiedad y depresión me ha dado”. Durante las tres primeras sesiones, I. se encuentra muy desbordada en determinados momentos de la sesión, por lo que hacemos un trabajo de validación, exploración y contención emocional.

En las siguientes sesiones, 4 y 6, estuvimos trabajando con I. su manera vincularse: “No me acerco a la gente porque acaban oliendo a mierda”, “Me aburren los hombres normales, si viene un narci, caigo”. Estuvimos conectando e hipotetizando junto a Iris, cómo en ella podía haber una herida nuclear de abandono “no me han dado cariño nunca”, que haya supuesto el perseguir perfiles incapaces de vincularse desde la vulnerabilidad y por lo tanto no se exponga ante la posibilidad de ser abandonada nuevamente. Así mismo, con el avance de las sesiones, I. ha ido conectando con su necesidad de colocarse en el rol de salvadora, colocándose en una situación de “superioridad”, quedando patente que ella no es suficiente por sí misma, sino que para mantenerse en una relación ha de dar más que el otro, en la incapacidad de vincular en un plano de igualdad.

En la quinta sesión volvemos a entrar en su infancia de una manera más intensa y profunda, en la que nos narra de una manera más conectada, todo lo que había sufrido durante su infancia. I. nos narró experiencias de abuso físico por parte de sus familiares, abuso sexual cuando su madre mantuvo relaciones con otro hombre con ella en la cama, los múltiples cambios de hogar que experimentó durante su infancia, así como la ausencia de disponibilidad emocional y las negligencias cometidas por su madre. Fue una sesión muy movilizadora en la que I. puedo conectar con sus heridas nucleares y puedo expresar verbal y corporalmente todo lo que le había generado vivir aquello y le sigue suponiendo a día de hoy. El trabajo estuvo orientado hacia la experiencia del autoconsuelo por parte de I., así como de poder liberar toda la carga que supone su historia. Durante esta sesión, I. mostró todo tipo de emociones, desde el desconsuelo, al enfado y finalmente, la tristeza y autocompasión. La idea durante esta sesión es la renarración de los eventos traumáticos de su infancia, adaptándonos a un ritmo de tal manera que lo pueda hacer de manera conectada, expresando todo aquello que le surge a nivel corporal.

En la séptima sesión nos comenta que va a dejar de cursar el grado de informática ya que ya no se ve capaz, “a veces me limito, soy autodestructiva”, “he dejado muchos cursos y trabajos”. I. en esta sesión estuvimos trabajando con su parte autosaboteadora, viendo como cada vez que avanza en algo o se encuentra ante un nuevo reto en la vida, lo destruye por el miedo a crecer, a asumir responsabilidades. I. en este momento es consciente de ello, sin embargo, parece que encuentra cierto placer e incluso “gracia” al definirse a sí misma de esta manera. A nivel contratransferencial, cuando I. se ha puesto en una posición algo más infantil, evadiendo responsabilidades, es algo que me ha despertado una incomodidad considerada.

La sesión 8 fue realmente experiencial, en la que en primer lugar se hizo un diálogo de dos sillas entre la parte enferma y la parte sana. En la parte sana, I. señala estar cansada de la Fibromialgia e incluso enfadada con esta, a lo que la parte enferma responde: “y yo que culpa tengo”. Durante el transcurso de esta técnica hubo dificultades y rechazos hacia la parte enferma, sin embargo, sí se pudo lograr una cierta integración final en la que incluso la parte sana agradece a la Fibromialgia ya que le ha dejado infinidad de aprendizajes. Así mismo, al terminar la sesión I. me comenta que había visto una conversación suya con su expareja hacía poco y se alegraba de no ser del mismo modo que en aquel entonces, aprovechamos esta situación para hacer una técnica de focalización de focusing, en la que I. amplía sobre la emoción de orgullo, representada en su pecho como una flor creciente.

La sesión 9 fue una sesión muy complicada a nivel personal, ya que ella me comenta que le van a dar el alta, por lo que le van a quitar la baja, se sentía profundamente enfada. De este modo aproveché para hacer una silla de asuntos no resueltos con la doctora encargada de seguir su caso. I. pudo expresar mediante esta técnica un considerable enfado asertivo hacia esta doctora y, finalmente, decidió hacer un duelo de expectativas con respecto a lo que podía recibir de ella. Así mismo, en esta sesión nos habló de su madre, cómo ella tampoco fue vista de pequeña, “no sabe querer”. Ello, lo conectó con su infancia, en la que nos expresó: “de pequeña estaba mejor en la calle que en casa, por los gritos o si llegaba mi abuelo borracho”; “La vida es una carrera y la he empezado muy atrás”. I. vuelve a tocar su infancia, sin embargo, esta vez lo hace de una manera más contenida, no hay desbordamiento emocional pero sí es una narración conectada acerca de lo que vivió y va sintiendo cuando lo cuenta. I. puede dar luz a su historia de vida, dando cada vez un discurso más integrado.

Los meses de enero y febrero fueron bastante complicados para el proceso terapéutico, a mi parecer, la terapia se frenó considerablemente. En primer lugar, I se ausentó mucho durante el mes de enero, solo acudiendo 1 día a sesión (Sesión nº10), en la cual surgieron diversas cosas. Lo más destacable de esta sesión fue el realizar conjuntamente una visión acerca del proceso terapéutico que estábamos llevando a cabo, fue una sesión del mismo modo orientada a la psicoeducación, buscando relacionar el trauma con la aparición de la fibromialgia, así como de la importancia de la reconexión corporal en el proceso de sanación. I. estuvo bastante convencida de lo que hablamos, mostrándose alegre por poder encontrar de algún modo, un origen a sus dolencias.

El mes de febrero no salió de casa literalmente, estuvo un mes enferma de gripe, a partir de aquí el agendar con I. fue bastante caótico, realizando muchas sesiones online. Durante estas sesiones hubo diferentes trabajos terapéuticos. Por un lado hablamos acerca de apuntarse a la oposición de auxiliar administrativa y cómo esto podía significar el volver a estar más activa en general, pudiendo beneficiarle a nivel físico y emocional. I. se encontraba muy entusiasmada con respecto a las oposiciones, las veía factibles y una herramienta para lograr una mayor independencia económica.

En la siguiente sesión, entramos de nuevo en la infancia y pudimos realizar un trabajo muy fructífero. Usando una fotografía de I. cuando era pequeña, pudimos realizar una visualización de autoconsuelo, en la que I. pudo identificar las necesidades no cubiertas durante su infancia e incluso ofrecer una mirada autocompasiva y de cuidado y protección de I. hacia su niña

interior, en la que asumía no haber recibido ciertos cuidados pero que ella no se haría lo mismo a sí misma. Durante este ejercicio fuimos amplificando las emociones y sensaciones que surgían en el momento mediante el focusing, en un principio, reconocía una grieta conocida en su pecho, una “herida en el alma”, pudimos acompañarla, ponerle nombre e ir viendo cómo a medida que avanzaba el ejercicio, esta grieta conocida fue evolucionando paulatinamente hacia una sensación de calor y confort en el pecho. I. se sentía muy agradecida por este ejercicio, expresando nunca haber sentido algo así y muy conmovida por haber podido conectar con su niña interior, siendo un descubrimiento para ella.

En la siguiente sesión (Nº13), I. cumplía un mes encerrada en casa. Fue una sesión en la que como terapeuta me sentí bastante paternal, en la que hubo una negociación acerca de ir al hospital, en la que I. se mostraba reticente a ello. Dimos un paseo por su historia en la enfermedad y pudimos dar luz a cómo la enfermedad había sido de las pocas situaciones en las que I. había recibido atención por parte de sus familiares, creo que esta toma de conciencia fue importante para ella. La insistencia en la toma de responsabilidades e incluso confrontación con respecto a cómo el estar enferma como sentido identitario le propicia muchos beneficios secundarios en su vida, fue la tónica que siguió la sesión. Fue una sesión confrontativa, desde la compasión y la empatía, pero persiguiendo más movilización.

A mi parecer, I. disminuyó su implicación en terapia, por la misma razón que dejó el curso de informático, por el componente autosaboteador que le caracteriza, cuando las cosas le van bien, desaparece, lo deja, no continúa, este autosabotaje es algo que hemos trabajado multitud de veces en terapia, a través del señalamiento y la confrontación.

En las siguientes sesiones, en marzo, I. volvió a acudir presencialmente a la consulta. I. vino a la siguiente sesión bastante más animada y activa, había comenzado a opositar y estaba contenta con su preparador, se siente intrigada, ilusionada y orgullosa. Así mismo, expresa: “No me lo voy a joder ni yo”, refiriéndose a que no va a autosabotarse este proceso laboral y quiere continuar con ello. En esta sesión se reforzó mucho su proactividad, su movimiento y sus ganas de caminar hacia más autonomía e independencia.

La siguiente sesión estuvimos trabajando el duelo de su gata, la cual era como su hija. I. se encontraba desbordada emocionalmente, lloraba desconsoladamente en un principio. Estuvimos realizando un baile entre las emociones de tristeza y culpabilidad, todo ello acompañado de la psicoeducación correspondiente al proceso de duelo. I. pudo hacer un

ejercicio de visualización en el que se despedía de su gata, en el que pudo agradecerle su compañía, así como recibir el agradecimiento por parte de su gata por todo el cuidado que le había brindado. I. terminó la sesión más compuesta y tranquila, ya que la pérdida era reciente, I. necesitaba soltar y liberarse emocionalmente.

Las últimas dos sesiones, correspondientes a las últimas que he podido registrar para el estudio de caso, han tenido un tinte realmente similar. I. le ha dado mucho énfasis a que en abril tenía que atender al tribunal médico para ver si continuaban dándole la baja, ha expresado mucho enfado hacia los médicos, mucho dolor a nivel de espalda, cansancio. La realidad es que el último mes de terapia no ha sido realmente productivo ya que I. tenía mucha sintomatología física, apenas descansaba por las noches, estaba muy centrada en el tema económico y preocupada por el futuro. Ha sido una época un poco frustrante a nivel terapéutico, en la que el trabajo ha sido de validar y sostener una especie de ansiedad secundaria constante.

A nivel contratransferencial, mi percepción ha ido cambiando, ya que en un principio, estaba muy contento cuando tenía sesión con I., es una paciente a la cual me alegraba ver y tenía mucho aprecio. Cuando hemos entrado en temas difíciles de su infancia, ha habido momentos en los que me he emocionado. Me he sentido muy cómodo con ella en muchos momentos del proceso, respetando sus ritmos y necesidades emocionales. Considero que hemos generado un buen vínculo. Sin embargo, la realidad es que en los meses de enero y febrero se produjo una cierta ruptura por distanciamiento, en la que dejaba de venir e incluso la implicación ya no era la misma, esto es algo que me ha provocado inseguridad, tristeza e incluso enfado.

El proceso terapéutico se ha llevado a cabo siguiendo un enfoque humanista integrador, en el que se han respetado las bases del mismo, en concreto, la autenticidad, la empatía, la aceptación incondicional y el trabajo por establecer una sólida alianza terapéutica. Cada tema y sesión con I. ha sido tratada siguiendo estos principios. Algunas de las técnicas utilizadas a lo largo del trabajo terapéutico han sido la exploración empática, la validación, la formulación, la evocación, el reflejo de proceso, la conjetura y la confrontación. Así mismo, se ha utilizado el diálogo de dos sillas para hacer un diálogo entre partes, entre la parte sana y la parte enferma, así como una silla de asuntos no resueltos con el sistema médico. Del mismo, me gustaría mencionar, que los acontecimientos relacionados con su infancia de índole traumático, podrían y tal vez, deberían haber sido trabajados mediante una silla de asuntos no resueltos con la madre. Sin embargo, dada la vulnerabilidad del paciente a lo largo del proceso y el ojo clínico

de los terapeutas en formación, he optado por la renarración del trauma apoyándome en las técnicas previamente mencionadas, con el fin de no lograr un discurso narrativo, sino un discurso episódico con un nivel de arousal emocional sostenible.

Los enfoques que se han utilizado a lo largo del proceso terapéutico han sido principalmente, la terapia Gestalt, la TFE y el Focusing, siempre respetando los ritmos y necesidades del paciente.

12. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

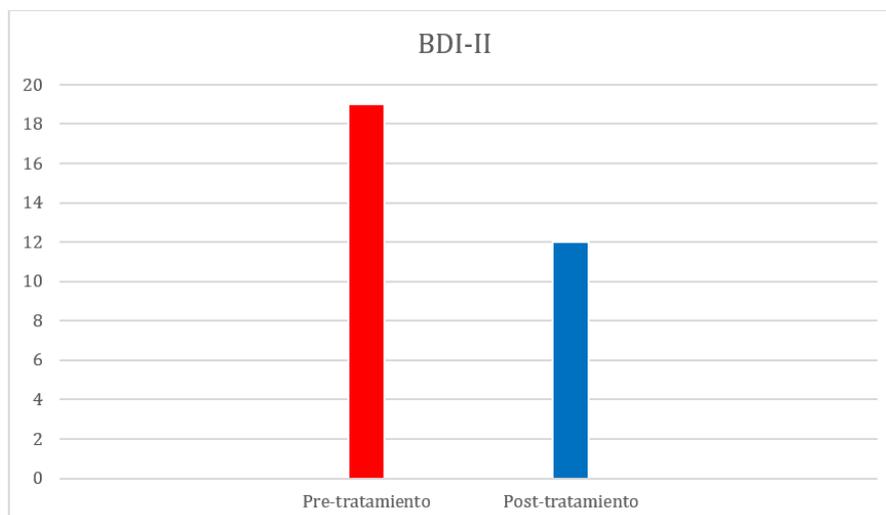
Con el fin de medir cuantitativamente el proceso terapéutico de I., se han considerado diferentes tipos de cuestionarios, los cuales han sido mayoritariamente aplicados pre-tratamiento y post-tratamiento, con el propósito de valorar los cambios obtenidos.

A continuación, se exponen la recopilación de los resultados asociados a cada cuestionario.

12.1 *Inventario de depresión de Beck.*

Los ítems que componen el test, cubren los siguientes ámbitos: Afecto, pesimismo, sentimiento de fracaso, pérdida de satisfacción, sentimientos de culpa, sensación de castigo, malestar consigo mismo, acusaciones, deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, pérdida de energía, cambios en el patrón de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo. I. obtuvo una puntuación en la medida pre-tratamiento (24/11/23) de 19 puntos, correspondiente a depresión moderada (18-29). En la medida post-tratamiento (03/05/24) obtuvo una puntuación de 12, correspondiente a depresión leve (11-17).

Gráfico 1. Resultados BDI-II.



12.2 *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.*

La ansiedad Estado (A/E) hace referencia a un estado o condición emocional transitoria que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprehensión. La ansiedad Rasgo (A/R) hace referencia a una propensión ansiosa estable, es decir, la tendencia a sentir ansiedad. En las medidas pre-tratamiento, tomadas en noviembre, I. obtuvo una puntuación en A/E de 46, correspondiente al percentil 95. Así mismo, obtuvo una puntuación en A/R de 27, correspondiente al percentil 60. En las medidas post-tratamiento, tomadas en mayo, I. obtuvo una puntuación en A/E de 38, correspondiente al percentil 89. Del mismo modo, en A/R, obtuvo una puntuación de 23, correspondiente al percentil 45.

Gráfico 2. Resultados STAI en puntuaciones directas.

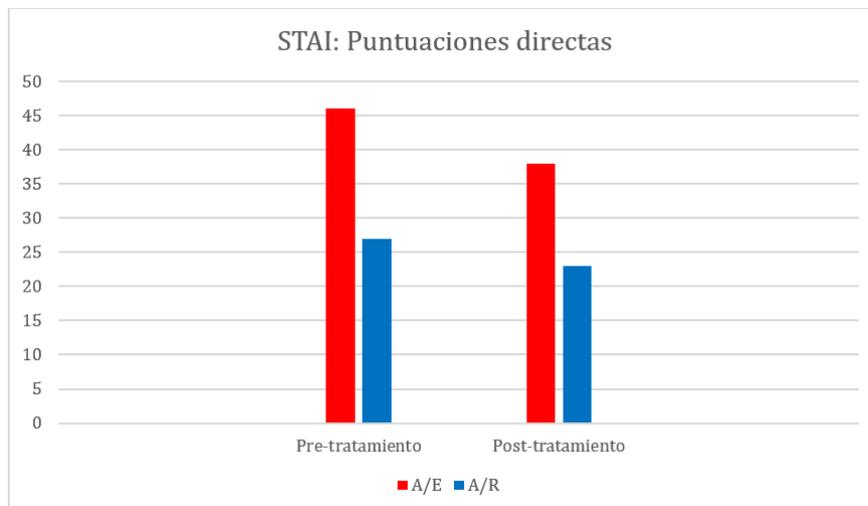
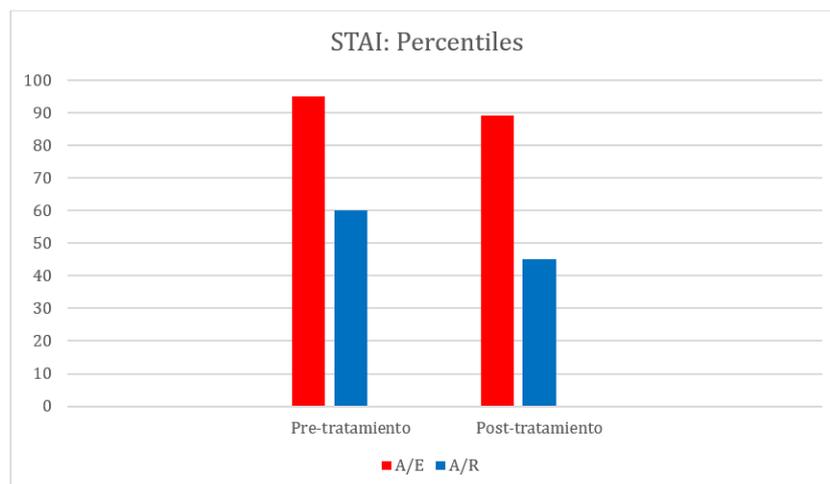


Gráfico 3. Resultados STAI en percentiles.



12.3 Cuestionario de Apego Camir-R.

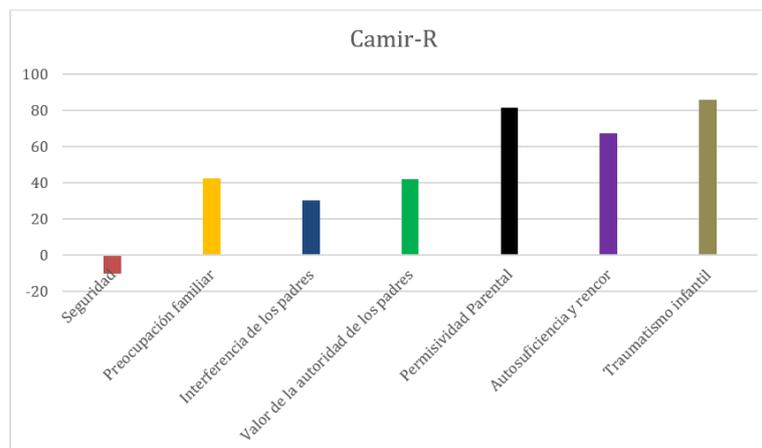
El Camir-R mide las siguientes dimensiones. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Permisividad parental; Autosuficiencia y rencor hacia los padres y Traumatismo infantil.

A continuación, quedan expuestos los resultados de I. mediante las siguientes medidas: Media del sujeto; Medio en Estudio n=401 y puntuaciones T del sujeto.

Tabla 1. Resultados Camir-R en media y puntuaciones T del sujeto.

| Escalas | med. del sujeto | Estudio n=401 | | Puntuaciones T del sujeto |
|--|-----------------|---------------|------|---------------------------|
| | | Med. | S.D. | |
| 1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego | 1,00 | 4,36 | 0,56 | -10,3 |
| 2. Preocupación familiar | 2,67 | 3,18 | 0,69 | 42,6 |
| 3. Interferencia de los padres | 1,00 | 2,45 | 0,72 | 30,0 |
| 4. Valor de la autoridad de los padres | 3,67 | 4,21 | 0,66 | 41,8 |
| 5. Permisividad parental | 4,00 | 1,88 | 0,68 | 81,4 |
| 6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres | 4,00 | 2,66 | 0,79 | 67,1 |
| 7. Traumatismo infantil | 4,00 | 1,68 | 0,65 | 85,7 |

Gráfico 4. Resultados Camir-R en puntuación T.



Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por I., se disponen siguientes interpretaciones de los mismos para cada esfera medida en el cuestionario:

1. Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego (T=-10,3): La puntuación negativa indica una baja percepción de seguridad en las figuras de apego. Esto sugiere que I. ha podido no sentirse querida, apoyada o reconocida por parte de sus seres queridos. Es posible

que haya desarrollado dificultades para confiar en ellos y haya experimentado falta de sensibilidad y afecto por parte de sus figuras de apego.

2. Preocupación familiar (T=42,6): La puntuación obtenida por I. es relativamente alta, indicándonos que ha padecido una notoria ansiedad por separación de sus seres queridos y una preocupación considerable por ellos. I ha podido experimentar malestar cuando se distanciaba de sus figuras de apego y por tanto, ha podido desarrollar dificultades para desarrollar autonomía personal debido a este apego ansioso.

3. Interferencia de los padres (T=30): Al tratarse de una puntuación promedio, I. recuerda haber sido sobreprotegida en la infancia y haber sentido miedo a ser abandonada. Esto puede haber resultado en una relación ambivalente con sus cuidadores, con cierto resentimiento por su sobreprotección, pero también dependencia de su presencia y atención.

4. Valor de la autoridad de los padres (T=41,8): La puntuación obtenida por I. en esta dimensión indica un cierto reconocimiento hacia la autoridad de los padres.

5. Permisividad parental (T=81,4): I. puede haber experimentado una falta de límites y guía parental en la infancia. Esto puede haber desencadenado en dificultades para establecer límites personales y contribuir a una sensación de falta de dirección en la vida adulta.

6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres (T=67,1): La puntuación de I. nos podría indicar una tendencia a rechazar hacia la dependencia emocional y la reciprocidad afectiva, siendo autosuficiente a modo de protección. Del mismo modo, muestra un resentimiento hacia las figuras de apego.

7. Traumatismo infantil (T=85,7): La puntuación muy alta en esta dimensión sugiere que I. ha podido vivenciar falta de disponibilidad, violencia o amenazas por parte de las figuras de apego durante la infancia. Esto ha podido suponer la presencia de un apego inseguro o incluso desorganizado, con dificultades para establecer relaciones de apego saludables en la vida adulta.

Se concluye que I. presenta un apego inseguro con características tanto de apego preocupado como evitativo, junto con experiencias de trauma infantil significativo. I. tiende a tener

dificultades para establecer relaciones interpersonales saludables y puede experimentar malestar en sus relaciones familiares y de apego.

12.4 Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF).

El primer ítem (escala de función física), contiene 10 subítems con respuesta en escala Likert de 0 “Siempre” a 3 “Nunca”. El ítem 2 hace referencia a cuántos días se sintió bien en la última semana, respuesta EN de 0-7. El ítem 3 hace referencia a los días que faltó a su trabajo por causa del SFM, EN de 0-5. Desde el ítem 4 al 10, se responden mediante escalas visuales analógicas, evaluando dolor, fatiga, cansancio, rigidez, ansiedad y depresión. Con el fin de presentar los resultados y diferentes entre las medidas pre y post-tratamiento, se presentan las siguientes gráficas y tablas:

Tabla 2. Resultados CIF.

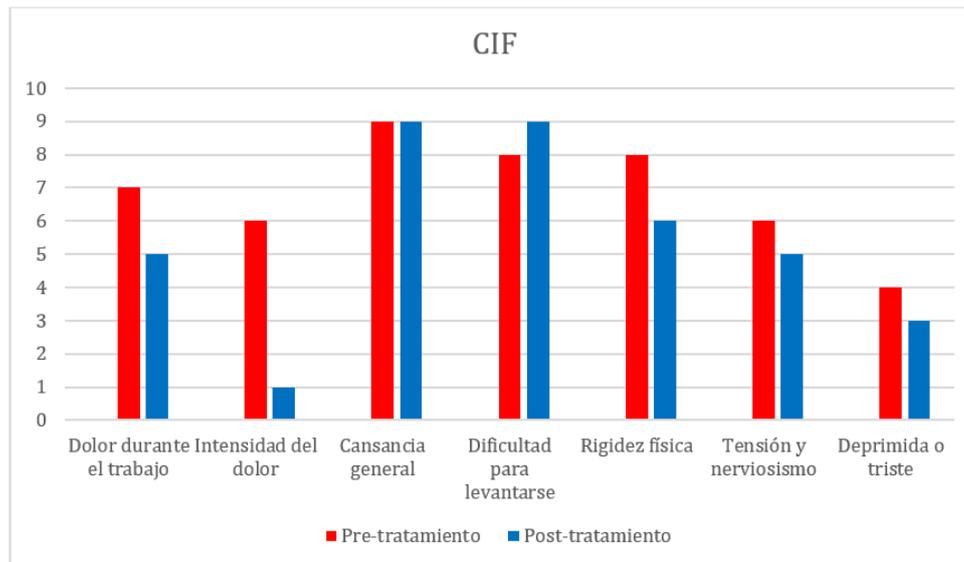
Ha sido usted capaz de:

| | Siempre | La mayoría de las veces | En ocasiones | Nunca |
|------------------------------|---------|-------------------------|--------------|-------|
| Hacer la compra | | X | X | |
| Hacer la colada con lavadora | | | XX | |
| Preparar la comida | | | XX | |
| Lavar los platos | X | | X | |
| Pasar la fregona | | X | X | |
| Hacer las camas | | | X | X |
| Caminar varias manzanas | | | XX | |
| Visitar a amigos | | | X | X |
| Utilizar transporte público | X | X | | |

Medida Pre-tratamiento

Medida Post-tratamiento

Gráfico 5. Resultados CIF.



A pesar de que el cuestionario CIF no permite comparar ambas medidas con la misma fiabilidad que el STAI o el BDI-II, se puede apreciar una considerable diferencia entre los resultados pre-tratamientos y post-tratamiento. En la primera parte del cuestionario, se puede apreciar como I., señala en la medida post-tratamiento, que ha tenido una mayor capacidad para realizar sus labores diarias con respecto a la medida tomada anteriormente. Así mismo, en la segunda parte del cuestionario, se puede apreciar I. ha mejorado en todas las dimensiones (Dolor durante el trabajo, Intensidad del dolor, Rigidez física, Tensión y nerviosismo y Depresión), exceptuando la de cansancio general y dificultad para levantarse. Por ello, se concluye que sí existen diferencias, al menos visiblemente significativas, entre las medidas pre-tratamiento y post-tratamiento.

13. DISCUSIÓN

El abordaje desde una coterapia humanista integradora experiencial del trauma complejo del desarrollo, así como de la sintomatología ansioso-depresiva y de la fibromialgia ha sido una buena forma de intervención en el caso expuesto.

El caso ha seguido una estructura de formulación de caso de la Terapia focalizada en la emoción, a la cual se añaden intervenciones propias de la Terapia Gestalt y el Focusing. De este modo, se ha podido trabajar con los esquemas emocionales de I., al igual que se han seguido los marcadores que surgían durante la terapia y proponían diferentes líneas e intervenciones terapéuticas.

El estudio de caso aquí presente, se apoya en estudios como los de Conversano et al. (2019) o Abu-Shakra, Flusser y Sukenin (2008), que defienden que la aparición de la Fibromialgia está estrechamente relacionada con la vivencia de un Trauma Complejo. Del mismo modo, sigue la literatura de Van der Kolk (1994) y Nemiah (1998) la cual propone los síntomas disociativos y los trastornos somatoformes como apariciones tardías del trauma. Lansford, Dodge, Bates, Croziery y Kaplow (2002) nos muestran mediante un estudio prospectivo, cómo la ansiedad y la depresión en una forma crónica son unos de los síntomas principales tras la vivencia de un trauma sostenido o complejo.

Los resultados obtenidos en este estudio de caso son congruentes con lo propuesto por Mlotek y Paivio (2017), defendiendo que el procesamiento del trauma se lleva a cabo mediante el trabajo con emociones primarias adaptativas que se encuentran reprimidas, pudiendo generar así nuevos significados y por tanto, modificando los esquemas emocionales desadaptativos. Por ello, el trabajo con I. ha ido derivando desde una ansiedad y miedo secundarios, desesperanza y pesimismo hacia la autocompasión y tristeza ante la Fibromialgia como emociones primarias desadaptativas hasta llegar a emociones más adaptativas de enfado asertivo, tristeza y compasión. El contacto con las emociones primarias ha sido posible mediante intervenciones experienciales dirigidas a que I. tome conciencia pero sobre todo conecte con sus necesidades no satisfechas durante su infancia.

El objetivo terapéutico con I. ha sido el de establecer una alianza terapéutica consistente que nos permita explorar y trabajar en sus dificultades emocionales y relacionales. Se ha pretendido que I. entre en un proceso de autodescubrimiento, referido tanto a su sentido e identidad narrativa, así como un trabajo por una mayor conciencia y paralelamente una conexión corporal y emocional. Para ello, se ha accedido en diversos momentos del tratamiento a sus vivencias más tempranas, relacionadas con el abandono, el abuso y la negligencia, con el fin de lograr un mayor procesamiento emocional. Así mismo, los asuntos del presente que más notoriedad han tenido en la terapia, han sido el trabajo por una mayor responsabilidad, el autocuidado, nuevas formas de relacionarse, así como una mejora de su autoconcepto.

En resumen, la finalidad ha sido establecer un espacio terapéutico que promoviera el aumento de conciencia y bienestar psicoemocional, así como el autoconocimiento de I. Todo ello, trabajado desde un foco humanista integrador, trabajando tanto en sus eventos pasados como en situaciones actuales.

La re-narración de los eventos traumáticos, la escisión de la parte crítica e interruptora del self, ahondar en los asuntos no resueltos, dar nuevas narrativas y significados a experiencias pasadas, el trabajo con la niña interior, han sido algunas técnicas usadas que han contribuido al cambio emocional. Estas técnicas han perseguido que I. desarrolle un modo de abordar dificultades emocionales desde un lugar más adaptativo, en lugar de recurrir a las emociones secundarias, pudiendo experimentar el mundo y las relaciones desde las emociones primarias.

Del mismo modo, el trabajo de I. desde el Focusing ha sido crucial puesto que ha perseguido combatir la disociación emocional y corporal. I. ha podido ahondar de una forma más precisa en sus estados internos, pudiendo conectar y especificar más en sus emociones y sensaciones. El focusing le ha permitido desarrollar de algún modo una relación más íntima y segura con su mundo interno. La integración en el tratamiento de algunas técnicas gestálticas, como el diálogo de dos sillas, el roll-playing y un estilo de terapia confrontativo en determinados momentos del proceso, han promovido también a la evolución de I.

Sin embargo, han existido diferentes dificultades en el proceso terapéutico con I. La fatiga y dolores crónicos han sido una limitación en el proceso, ya que ha habido un elevado número de sesiones en las que estos factores han obtenido un protagonismo incongruente con el trabajo terapéutico. Además, la tendencia hacia la disociación y desconexión emocional de I. en un

principio y en determinados momentos del proceso, ha podido desviar el enfoque del tratamiento terapéutico. Otra limitación a destacar es el elevado número de sesiones que se han llevado a cabo online, al tratarse de un trabajo de índole experiencial, las sesiones han sido más ricas cuando han dotado de presencialidad. La limitación más destacable sin duda ha sido el repentino freno en el proceso terapéutico en los meses de enero y febrero. Por una parte, existía una condición física y económica que dificulta el proceso, sin embargo, gran parte de este inciso, nos habla de las resistencias terapéuticas de I, así como de sus procesos internos de autosabotaje. La empatía, la aceptación incondicional y el respeto del proceso terapéutico de I. por parte de los terapeutas, han sido elementos clave en este recorrido.

Como conclusión, el estudio expuesto muestra la relevancia de trabajar con las experiencias traumáticas y las dificultades emocionales y relacionales, a través de las emociones en la psicoterapia, pudiéndose acceder a las necesidades no cubiertas y a la consiguiente transformación de los esquemas emocionales disfuncionales. Así mismo, este caso resalta la eficacia de abordar el trauma complejo del desarrollo, así como la Fibromialgia y los síntomas ansioso-depresivos, desde un enfoque humanista integrador experiencial (Terapia focalizada en la emoción, Gestalt y Focusing).

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonilla, A. M. (2012). Disociación como defensa al trauma: caso clínico de fuga disociativa. *Revista Cúpula*, 2, 26.
2. Bowlby, J., Ainsworth, M., & Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.
3. Castrillón Bustamante, D., Secco, A., Campos, O. P., Rodríguez Bossio, E., & Callahuara, N. (2021). Frecuencia y severidad de los síntomas en pacientes con Fibromialgia y Migraña. *Revista Argentina de Reumatología*, 32(2), 22-25.
4. Cazabat, E. H. (2004). Evolución histórica del concepto de disociación. *Revista de psicotrauma*, 3(1), 42-7.
5. Conversano, C., Carmassi, C., Bertelloni, C. A., Marchi, L., Micheloni, T., Carbone, M. G., ... & Dell'Osso, L. (2019). Potentially traumatic events, post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress spectrum in patients with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37(Suppl 116), 39-43.
6. Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
7. Cueto-Escabias, C. (2017). Una revisión sobre los mecanismos psicobiológicos en fibromialgia.
8. Dearly, B. (2019). Restoring the wholeness of being: Working with trauma from the focusing-oriented experiential therapy perspective. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 7(2).
9. Diagnóstico, M., & de los Trastornos Mentales, E. (2002). *DSM-IV-TR. Texto Revisado, 4ª Edición*. Porto Alegre: Artmed.
10. Frias-Armenta, M. (2002). Long-term effects of child punishment on Mexican women: A structural model. *Child Abuse & Neglect*, 26(4), 371-386.
11. Gallego, A. A., Beltrán, V. H., Calvo, L. G., Jiménez, J. M., & Puerto, J. G. (2023). Análisis de los programas de ejercicio acuático en personas con fibromialgia. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (48), 988-999.
12. García, R. C. (2013). El impacto de las emociones en la fibromialgia: una revisión bibliográfica.

13. Garulo, D. C., & Garulo, C. (2020). Fibromialgia juvenil y síndrome de fatiga crónica. *Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Reumatología Pediátrica*, 2, 311-23.
14. Gendlin, E. T. (1961). Experiencing: A variable in the process of therapeutic change. *American Journal of Psychotherapy*, 15(2), 233-245.
15. Gendlin, E. T. (1996). *A Manual of the Experiential Method*.
16. Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537-549.
17. González Ramírez, M. T., & Hernández, R. L. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés*, 12(1).
18. Greenberg, L. S., & Elliott, R. (2006). *TERAPIA FOCALIZADA EN LAS EMOCIONES: UNA INTRODUCCIÓN*. *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales*, 113.
19. Greenberg, L. S., Elliott, R., & Pos, A. (2015). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 5(1-19).
20. Gündüz, N., Polat, A., Erzincan, E., Turan, H., Sade, I., & Tural, Ü. (2018). Psychiatric comorbidity and childhood trauma in fibromyalgia syndrome. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 64(2), 91.
21. Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
22. Holloway, K. L., & Zerbe, K. J. (2000). Simplified approach to somatization disorder: when less may prove to be more. *Postgraduate medicine*, 108(6), 89-95.
23. Jarero I. (2014). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo: Perspectivas del DSM-5 y del CIE-11. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(1), 1-5.
24. Kalsched, D. E. (2020). Opening the closed heart: affect-focused clinical work with the victims of early trauma. *Journal of Analytical Psychology*, 65(1), 136-152.
25. Kuhfuß, M., Maldei, T., Hetmanek, A., & Baumann, N. (2021). Somatic experiencing—effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1929023.

26. Levine, P. (2013). *En una Voz no Hablada: Cómo el Cuerpo Libera el Trauma y Restaura el Bienestar*. Ed. Aluna Lepik. Buenos Aires, Argentina.
27. Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
28. López Espino, M., & Mingote Adán, J. C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.
29. López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo.
30. Mantilla, C. (2014). El vínculo de apego como escenario para el desarrollo de la cognición social temprana. *Cognición social y lenguaje*, 351-370.
31. McCracken, L. M., MacKichan, F., & Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain*, 11(3), 314-322.
32. Miscali, V., Duse, G., & Zanus, L. (2014). Caratteristiche psicologiche nella sindrome fibromialgica: un'indagine esplorativa. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 20(3).
33. Mlotek, A. E., & Paivio, S. C. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 198-214.
34. Navarrete Hurtado, M. B. (2022). Alteraciones de atención y memoria en pacientes con fibromialgia y su implicación en el tratamiento de esta enfermedad.
35. Nemiah, J. C. (1998). Early concepts of trauma, dissociation, and the unconscious: Their history and current implications.
36. Ogden, P. (2021). The different impact of trauma and relational stress on physiology, posture, and movement: Implications for treatment. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100172.
37. Peña-Muñante, G. S. (2023). Intervenciones psicológicas para el tratamiento de la fibromialgia: Una revisión narrativa. *Psicoespacios*, 17(30).
38. Rodríguez Vega, B., Fernández Liria, A., & Bayón Pérez, C. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 1, 27-38.
39. Rogers, C. R. (2013). The basic conditions of the facilitative therapeutic relationship. *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling*, 24-28.

40. Rosso, M. A., & Lebl, B. (2006). Terapia humanista existencial fenomenológica. *Revista Ajayu*, 4(1), 90-117.
41. Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
42. Soto, S. P., Benerrechea-Arando, L. C., & Struch, J. M. (2013). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con fibromialgia: una experiencia clínica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (106), 6.
43. Sukenik, S., Abu-Shakra, M., & Flusser, D. (2008). Physical trauma and fibromyalgia--is there a true association? *Harefuah*, 147(8-9), 712-6.
44. Van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5), 253-265.
45. Van der Kolk, B. (2017). *How trauma lodges in the body*. On Being.
46. Van der Kolk, B. (2020). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.
47. Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399.
48. Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2010). Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes. *Behaviour research and therapy*, 48(2), 141-146.
49. Wicksell, R. K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L., & Olsson, G. L. (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 37(3), 169-182.
50. Wimbush, F., & Nelson, M. (2000). *Stress, psychosomatic illness and health*. *Handbook of stress, coping and health*. Londres: Sage, 143-74.

