

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS



**VALIDEZ DE LA HIPNOSIS PARA LA EXPLORACIÓN DE
ACONTECIMIENTOS VITALES TRAUMÁTICOS EN
PACIENTES CON FIBROMIALGIA**

Tesis Doctoral

Para la obtención del grado de Doctor

Francisco Xavier de Almeida Marques

Sevilla, diciembre de 2020

**VALIDEZ DE LA HIPNOSIS PARA LA EXPLORACIÓN DE ACONTECIMIENTOS
VITALES TRAUMÁTICOS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA**

Memoria presentada por

FRANCISCO XAVIER DE ALMEIDA MARQUES

Para la obtención del Grado de Doctor

Director y tutor

FRANCISCO JAVIER CANO GARCÍA

Profesor Titular de Universidad

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos,

Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Sevilla, diciembre de 2020

Agradecimientos

Antes de dar paso al trabajo que aquí se presenta, me gustaría dedicar unas líneas de agradecimiento a todas las personas que me han acompañado en este camino de trece años tan apasionante y que han hecho posible este trabajo.

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a todas las mujeres que forman parte de este estudio, sin las cuales este trabajo sería imposible. A todo el personal sanitario y administrativo que atiende en el centro de salud Doña Mercedes en la localidad de Dos Hermanas, provincia de Sevilla.

A las compañeras que han participado voluntariamente en la recogida de los datos, sobre todo a Isis Yanira Díaz, por su dedicación y curiosidad; muchas gracias.

Al Profesor Doctor Francisco Javier Cano García por su incansable tutoría y dirección de tesis y revisión del texto al español, apertura de espíritu y curiosidad científica. Por su paciencia y estímulo frente a mi enfermedad, sobrevenida durante el desarrollo de la investigación. Por la confianza que ha depositado en mí y, entre tantas cosas, por su apoyo y palabras de ánimo, sin los cuales esta tesis no sería posible: me siento muy agradecido por haber estado incansablemente a mi lado cuando todo amenazaba derrumbarse.

Al Profesor Doctor Mario Simões, de la Facultad de Medicina de Lisboa, tutor y compañero de tantas horas de formación y desarrollo personal, sin el cual esta empresa personal que culmina aquí no sería posible.

A la Profesora Doctora Alexandra Isabel Gomes, Faculdade de Psicologia e ciencias da Educação, de la Universidad de Algarve, por su incansable colaboración, consejos técnicos y disponibilidad.

También me gustaría agradecer la oportunidad que se me ha brindado para realizar mi estancia de investigación en el laboratorio LIMMIT, de la Faculdade de Medicina de Lisboa que tanto me ha aportado a nivel académico y personal.

A Ana Chambel, por su generosa disponibilidad para apoyarme en el soporte informático y de forma de la tesis.

Gracias a Leticia Navas por su incansable labor en beneficio de mi salud, un estímulo constante a que no desistiera.

Al Profesor Doctor Antonio Girón, de la Facultad de Medicina de Cádiz y médico en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz, por toda su labor médica; sin él no hubiera podido estar aquí.

Gracias a María Casal y a Teresa Casal por su apoyo, esta tesis es igualmente vuestra.

A mi hijo a que le sirva de estímulo a la superación personal.

A mi madre que partió sin que pudiera estar aquí; creo que esta tesis la estará haciendo muy feliz.

Presentación

«Toda la verdad pasa por tres estancias. En la primera es ridiculizada. En la segunda es violentamente combatida. En la tercera es aceptada como auto-evidente.»

Schopenhauer, citado por Gruzelier, J. (1999)

«...el hipnotismo está realmente muerto (...) hasta el día de su resurrección»

(Janet. P, 1925, Vol I, pp. 203, citado por Tortosa et al., 1999)

Pocos recursos hay, en la historia de la ciencia médica y de la psicología, que hayan sido y sigan siendo tan incomprendidos como la hipnosis. Su ámbito es muy amplio: el espectáculo, la investigación y la clínica. Tres dimensiones naturalmente distantes, no de buena convivencia. Me refiero a las dos últimas por relación con la primera, y a las dos últimas entre sí. Sin embargo, todas expresan la riqueza del conocimiento y de la naturaleza polifacética de la consciencia y de la mente humana, así como de sus enormes potencialidades y compleja fenomenología.

El dominio de la hipnosis que aquí nos interesa es naturalmente el clínico. Al diseñar esta investigación, nuestro horizonte siempre ha sido su aplicabilidad a la clínica, particularmente como coadyuvante del diagnóstico diferencial de un síndrome que se caracteriza por su particular dificultad diagnóstica, el síndrome de fibromialgia. Pero no solo eso, sino que nos gustaría presentarla en su amplio espectro clínico como herramienta útil y, por qué no, indispensable a la intervención psicológica y médica en el territorio altamente complejo del dolor crónico.

Lástima que en el entorno científico las cualidades de la hipnosis no resulten tan apreciadas. Inmersas en el prejuicio, primero religioso, dónde solía ser calificada como magia o arte demoníaca, y después académico, como la que, en su simplicidad y eficacia, desconcierta metodológicamente, la hipnosis siempre ha estado al margen de su real merecido estatuto. Su universalidad, dado que trabaja a partir de la mente del propio sujeto, desafía la rigidez de los métodos tradicionales de investigación y de intervención terapéutica. Sin embargo, desde el

punto de vista de la evaluación de su eficacia, bajo los criterios metodológicos actuales, no comparte las mismas facilidades que otros modelos de intervención mucho más recientes y bien adaptados al paradigma vigente. Pensamos que esa dificultad puede ser debida a la falta de investigación que integre las especificidades de la clínica, así como al rechazo instintivo de las publicaciones indexadas de mayor impacto. No obstante, la sencillez y exigüidad de recursos que caracterizan sus intervenciones y técnicas, frente a las enormes inversiones que se realizan en salud pública para combatir el dolor crónico, nos hace cuestionar el por qué de su olvido en la práctica clínica. Este olvido no está justificado, sobre todo cuando Gatchel y colegas (2007) refieren que los costes estimados de EEUU en salud pública y productividad, de los más de cincuenta millones de americanos afectados con dolor crónico ascienden, anualmente, a más de 70 billones de dólares. Y esto, excluyendo las comorbilidades asociadas al dolor crónico, mayormente de tipo psiquiátrico y de sufrimiento emocional, no contabilizadas directamente.

La verdad es que el ideal de la ciencia, a saber, neutralidad y exención, rechazo al prejuicio en beneficio de la evidencia y de la universalidad del conocimiento en todas sus dimensiones, se encuentra demasiado lejos de su meta. Sabemos que la ciencia, infelizmente, no escapa a la ideología, sirviendo muchas veces directa o indirectamente intereses económicos y políticos, como otrora religiosos... pero a la comunidad científica le lleva tiempo aprender, y en el caso de la hipnosis quizás ha tardado demasiado.

Propondremos en esta tesis el uso clínico de la hipnosis en la evaluación diagnóstica del síndrome de fibromialgia (FMS), primero, como hemos sugerido, por ser accesible en términos de medios, fácil de usar y de bajo coste. Después, por los resultados que pese las dificultades que la hipnosis pareciera poder presentar en el dominio de la evaluación de su eficacia dentro del paradigma actual, son muy prometedores. Sería naturalmente un complemento a las eficaces intervenciones hipnoterapéuticas en este tipo de enfermedad, al igual que para mejorar la eficacia de la intervención psicológica en estos pacientes. Del mismo modo, defenderemos su utilización como técnica coadyuvante en el diagnóstico diferencial en esta población clínica, incluso como instrumento de caracterización del tipo de FMS frente al cual nos encontramos. Recuperaremos una distinción ya aparentemente descartada entre fibromialgia primaria (estructural) y fibromialgia secundaria (reactiva o comórbida), a pesar del aparente descarte de tal diferenciación por parte de la literatura, bajo la idea de que las dos comparten patrones similares en términos de *distrés* físico y psicológico (Wolfe et al., 2018). De hecho, basándonos en los datos obtenidos en la investigación que sustenta esta tesis (De Almeida-Marques et al. 2018; 2019), y otra adicional realizada en Portugal, actualmente enviada

a publicar, en las cuales se han encontrado frecuencias estadísticamente significativas de acontecimientos vitales potencialmente traumáticos (PTLE), obtenidos en estado modificado de conciencia (EMC) y no en estado de vigilia, creemos que hay condiciones para legitimar esa hipótesis, o sea que la detección precoz de PTLE puede ayudar a definir y diferenciar por lo menos dos de los subtipos de FMS: primaria y secundaria. A nuestro entender, esta última más prevalente, nos parece de pronóstico más favorable, y por lo tanto más susceptible de beneficiar de una intervención precoz bajo hipnosis, o de cualquier otro tipo de intervención psicoterapéutica que resulte adecuada para el cuadro clínico del paciente.

El FMS afecta fundamentalmente a mujeres. En el momento en que se puso de moda hablar de las cuestiones de género comprender lo que ocurre en un síndrome en lo cual solamente 5% de la población afectada son hombres, deja al descubierto cuánto «duele» ser mujer. Se estima que hay diferencias en la sugestionabilidad hipnótica según el género, y que las mujeres son más sugestionables que los hombres, en este sentido, en teoría, las mujeres con FMS pueden ser una población privilegiada para ser intervenida exitosamente mediante métodos hipnóticos (Hawkins, 2007; Tortosa et al.1999).

Llevamos más de doce años estudiando este tema en Portugal y España: percibimos que los resultados que obtuvimos en los dos países en general coinciden. Nuestra motivación es contribuir para aclarar las cuestiones relacionadas con la «causalidad» de este síndrome, precisamente lo que lo vuelve desconcertante. La hipótesis «traumática» ya es bien conocida en la literatura, sin embargo, nuestro trabajo aportará de forma significativa cuánto vuelve a ser de importante para comprender el FMS sobre todo la de tipo secundario. Sabemos que, en este dominio, son muchas las propuestas para la comprensión de los factores predisponentes, precipitantes y desencadenantes del FMS en cuanto síndrome de dolor crónico, casi todos basados en estudios de diseño correlacional. Quisimos, más que encontrar explicaciones, saber lo que el propio paciente con FMS, en un estado de mayor libertad de consciencia, disminuyendo la presión de las defensas inconscientes, siente y atribuye a respecto de su enfermedad: los resultados han sido muy interesantes, apuntan a una considerable causalidad debida a los eventos potencialmente traumáticos (PTLEs), pero no de una manera excluyente, o sea reductora, en el sentido de inviabilizar otros focos causales, me refiero a las disfunciones neurológicas, a la sobre-sensibilización del sistema nervioso central, eje HPA, sustancia P, factores pato-fisiológicos que el FMS comparte con otras tantas patologías, o incluso las problemáticas de la personalidad, como la personalidad «pro-dolorosa», que según algunos autores sería típica de esta población. Pero en nuestra muestra, estos parecen ser más la

consecuencia, que factores causales *per se*, aunque al parecer no se excluyan como causales en el FMS primario.

En este sentido, nuestro estudio, además de confirmar la naturaleza multidimensional y multifactorial del FMS y legitimar su abordaje multidisciplinar según el modelo biopsicosocial del dolor de Gatchel y colegas (2007), parece igualmente confirmar la idea de que estamos frente a dos sub tipos de FMS. Tendríamos así un tipo I para las disfunciones que podrían tener una predisposición genética, o sea no dependiente de PTLE, y un tipo II para la adquirida, secundaria a algún PTLE que, sin tratamiento, puede desencadenar cronificación y volver indistintos, a lo largo del tiempo, los dos tipos. Pensamos que la detección diferencial precoz de algún de estos PTLE parece poder evitar la cronificación, facilitando y focalizando el tratamiento que mientras tanto se entienda más adecuado.

Los resultados muestran la condición de sufrimiento existencial, emocional y psíquico de tipo traumático que estas mujeres parecen ocultar tras los síntomas. Ocultos en un sistema de defensas intrapsíquicas, los PTLE representan, tal vez, la necesidad de su supervivencia cotidiana frente al absurdo de su vida, a los límites de la existencia: enfermedad, pérdida, duelo, pérdida de recursos económicos, falta de amor o de reconocimiento, en fin, toda una expresión del drama de la condición existencial humana desenraizada... de la vida vivida en contracorriente, no placentera y, por eso mismo, potencialmente traumática y dolorosa.

Lo extraño es que esta alienación de todas sus posibilidades al dolor, vivida y sentida cotidianamente como «ausencia o ignorancia de la causa» tantas veces referida por estas mujeres en las entrevistas hechas en estado normal de consciencia, posible represión alexitímica de los afectos, esconde una necesidad de pertenencia, y, al mismo tiempo, un deseo de consuelo: la sintomatología física supone naturalmente una protección, un deseo de pertenecer a un grupo de iguales, a una comunidad FMS por ejemplo. A consecuencia, un diagnóstico exclusivamente biomédico, o sea excluyente de los factores psicológicos, presenta una tan evidente dimensión consoladora para las mujeres con FMS que resulta al parecer confirmatoria de la naturaleza dramáticamente insoluble de la enfermedad, pero con pocos efectos prácticos en el control y manejo del dolor exacerbado. Durante mucho tiempo, el reconocimiento nosológico y nosográfico de la patología se ha tenido como la prueba del «reconocimiento» de su estatuto de «no falsedad», a costa de obviar muchas otras cuestiones sustanciales.

Para la mujer con FMS la necesidad del diagnóstico con ciertas características patofisiológicas, parece imponerse como necesidad, a la vez de superación y de ocultación de la «vergüenza» de no estar a la altura, de no ser capaz, o simplemente no querer serlo, de no tener la capacidad para enfrentarse «ojos con ojos» a lo que muy probablemente resultaría una labor sin gloria, en un universo psicosocial que estimula la funcionalidad, la eficacia, la competencia en lugar de los afectos y el respeto por las necesidades psicológicas, afectivas y emocionales básicas de las personas. El mundo se les resiste, en el sentido en que la realidad marcada por la victimización y por el catastrofismo se resiste a la transformación positiva de los afectos, de las creencias y cogniciones... y todo esto hace del FMS, en cuanto síndrome médicamente inexplicado (MUS), un proceso patológico de (in)conformación, revelador de la impotencia sentida para cambiar un cierto estado de cosas, resultante de la condición de ser mujer en el contexto actual. Justamente por todo esto, es necesario subrayar que el dolor de estas mujeres es, absurdamente, su fiel compañero en el terreno de la soledad, del abandono, o del sobreexigencia.

Nos encontramos así frente a mujeres presas del deber, del cuidado exhaustivo de los demás, del abandono de sí mismas y, progresivamente, también de los demás, de la falta de reconocimiento, o incluso anulación de sus necesidades, del maltrato, del abuso y de la violencia de género. El dolor surge, así como forma de afirmar, por antonomasia, algo de poder personal, disfuncional, claro, pero ocultando una resistencia «permitida», de tipo subliminal, por la cual el espíritu femenino protesta en contra el predominio de todas las imposiciones del mundo. Nos podemos siempre preguntar por qué ciertos individuos, sometidos a las mismas experiencias vitales estresantes, reaccionan adaptativamente mientras que otros, como algunas mujeres con FMS, no lo hacen. La problemática de la personalidad, entre otros factores, se impone naturalmente como respuesta, pero no anula las circunstancias, para ellas, traumáticas, a que han sido expuestas. ¿Es posible revertir los efectos o síntomas de tales circunstancias? ¡En mi opinión, basada en mi experiencia hipnoterapéutica personal y bajo ciertas condiciones, la respuesta es sí!

En los más de quince años de uso de la hipnosis en ámbito de *counselling* y de intervención psicohipnoterapéutica, he aprendido por experiencia lo que muchos estudios ya confirman, la simple exposición de un sujeto a un estado ampliado o modificado de consciencia (EMC) puede disminuir e incluso revertir la sintomatología.

Uno de los aspectos innovadores de esta investigación ha sido utilizar la hipnosis como herramienta de diagnóstico. No tengo conocimiento que alguien lo hubiera hecho antes,

excepto en el ámbito de la práctica clínica en dominios de la psicología no convencional o de frontera, como la psicoterapia transpersonal, denominación debida a Maslow¹. En esta, el trabajo con los pacientes suele trascender los protocolos de la psicología convencional, integrando en plan de igualdad la dimensión espiritual de la persona. Gracias al uso de los estados amplificados o modificados de consciencia, con o sin el uso de sustancias psicodélicas, en un registro de carácter más exploratorio y fomentador de la auto-cura, se invoca, mediante técnicas hipnoterapéuticas apropiadas, el «inner self», o el «healing self», supuestamente presente en cada sujeto, como defienden sus representantes. Los trabajos de Grof (2000), Assagioli (1982) - Psicossíntesis, y más recientemente del holandés Hans TenDam (2014) son excelentes ejemplos de esta tendencia.

Nos hemos acostumbrado a considerar la hipnosis solamente como una herramienta de intervención al servicio de otros marcos terapéuticos (Castel et al., 2012; Lynn & Kirsch, 2006;), pero no con la autonomía suficiente para generar estados de «auto-cura» o de «homeostasis espontánea», y menos que se haya creado en este entorno una progresiva autonomía psicoterapéutica (Hawkins, 2007). Toda la línea sociocognitiva o cognitivo-comportamental de la hipnosis tiende a reducirla a una herramienta, aunque por supuesto también lo es, a nuestro entender no valorando su dimensión exploratoria y sus antecedentes históricos. Hubo un tiempo en que la misma se tuvo en cuenta. Pero, una práctica inhábil de algunos hipnoterapeutas, junto con la aceptación acrítica de la información recogida en estado ampliado de consciencia, bajo técnicas de regresión de memoria, han conducido a dichas técnicas, y en gran medida ciertos aspectos importantes de la hipnoterapia, al desprestigio. Lo que no representaba nada más que, en muchos casos, una confabulación de experiencias simbólicas emergentes de conflictos intrapsíquicos, tan bien conocidas de la psicología profunda desde Freud, han sido tomadas como hechos reales. Pasando por encima de los mecanismos del «inconsciente profundo», los terapeutas entusiastas y precipitados han tomado como hechos reales memorias simbólicas, conflictos inconscientes, desacreditando así social y científicamente las intervenciones terapéuticas que recurrían a la exploración de la

¹ Transpersonal: término adoptado por Maslow, A. H., en 1968 en el prefacio de la segunda edición de su obra «Toward a Psychology of Being», a partir de la evolución del término, überperson (1916) y uberpersönlich (1917) de Carl Gustav Jung, que significan «supra persona» y «supra personal» respectivamente (Simões, 1997, p.48). Maslow la considera la cuarta fuerza de la psicología. En 1969 crea la Asociación de Psicología Transpersonal, en California, con nombres importantes como Carl Rogers, Victor Frankl, Antony Sutich, Stalislav Grof y, más tarde, Ken Wilbur. Ha fundado el «Journal of Transpersonal Psychology, donde en su primera edición A. Sutich (1969), su primer director, posiciona la psicología transpersonal y los estudios de la consciencia, sus manifestaciones y las metanecesidades individuales y de la especie como su objeto de estudio.

consciencia, generando a la vez problemas serios en los pacientes con consecuencias psicosociales graves.

Se han cometido dos errores de inestimables consecuencias: el primero, por parte de los terapeutas ingenuos, la aceptación del material de lo inconsciente de forma acrítica; el segundo, por parte de los críticos que han reducido tales prácticas, hipnosis en general incluida, a un peligroso medio de iatrogenización y de inducción de falsas memorias, sin reconocerles cualquiera significado terapéutico. En este último caso, el conflicto entre posiciones epistemológicas vividas y mantenidas aún en el seno de la psicología convencional, entre psicología dinámica y psicología cognitivo-comportamental basada en la evidencia, ha debido de tener su parte de influencia.

El reconocimiento del contexto y de la credibilidad de la hipnosis de tipo exploratorio de base clínica, aquella que busca comprender las causas y sus implicaciones clínicas, más que las correlaciones, nos parece muy necesario, y nuestro trabajo se propone, en parte, demostrarlo. El potencial terapéutico del material confabulatorio no desvaloriza el estatuto de las memorias reales. Aunque el terapeuta no disponga siempre de los medios de comprobación del valor de verdad de dichas memorias, las mismas siempre pueden ser tratadas como «verdades» para el paciente y no como verdades *per se*. Si los tiene, a los medios de prueba me refiero, en caso de abuso, por ejemplo, el código ético del profesional siempre se debe tener en cuenta. Lo que, sí se considera universalmente, en contexto hipnoterapéutico, es que la verdad terapéutica no siempre coincide con la verdad de los hechos, sino con la verdad atribuida por el paciente a dichos hechos.

Podemos, en este contexto, afirmar que el diseño que realizamos, en la presente investigación, con una muestra de mujeres pacientes de FMS, tiene un carácter exploratorio, pero con finalidad diagnóstica. Hemos demostrado que hacer las preguntas de forma neutra y abierta permite revelaciones interesantes y espontáneas de tipo causal, autoasignado, más en estado hipnótico que en vigilia. No son revelaciones extraordinarias las que las pacientes atribuyen, como esperarían los más escépticos. Podemos calificar en su gran mayoría como casi prosaicas, y siempre asignadas a su situación vital, pasada o presente (lo que le puede añadir autenticidad), pero cuya importancia emocional y afectiva resulta ser muy significativa.

En línea con la actual comprensión del trauma, que sugiere que no debe ser calificado en función del tipo de acontecimiento estresante sino de la sensibilidad de la persona que lo vive (Weathers & Keane, 2008), los PTLE atribuidos por las mujeres de nuestra muestra clínica

parecen ser significativos, sea para la intervención clínica, sea para entender la perspectiva del paciente frente a las circunstancias concretas de su vida en relación con su dolor... Como diría Ortega y Gasset (1883 – 1955), «el hombre es él mismo y su circunstancia».

Mientras tanto, quedó claro que estas pacientes, en estado modificado de consciencia, presentan concepciones muy distintas con respecto a la comprensión de las causas de su enfermedad y de su dolor. Ha sido posible observar que las mujeres cuyo dolor parece haber sido secundario a un PTLE, presentaban mejoras duraderas y profundas al final de la experiencia hipnótica. Hemos observado, y nos ha sido narrado, en algunos casos, erradicación radical de síntomas en pacientes que nos parecen sugerir FMS tipo II. También el *disclosure* de memorias bajo hipnosis reveló que estas mujeres suelen atribuir su enfermedad en EMC más a factores psicológicos que a factores patofisiológicos (De Almeida Marques et al., 2019), en cuanto que estos últimos predominan en vigilia y los primeros nunca, o casi nunca, están referidos.

En cuanto a las pacientes con FMS que parecen encuadrarse en el tipo I, solían tener dificultad en identificar acontecimientos previos a la ocurrencia del dolor. Por lo tanto, en estas, es posible que el dolor parezca derivar de factores endógenos, identificados desde su infancia, como «sobre-sensibilidad» y «propensión» al dolor... En general, estas mujeres se refieren a este tipo de dolor como: «siempre ha estado ahí desde niña, mi madre me lo decía...», «tengo dolor desde que me acuerdo de ser persona...».

La evidencia científica, desde la perspectiva de la significancia estadística, tan al gusto de la ciencia basada en la evidencia, no es fácil de establecer cuando la muestra es tan pequeña. Pero, más que ser estadísticamente significativos los resultados, lo más importante es que desde el punto de vista descriptivo, este trabajo y estos resultados se han revelado fructíferos para incentivar a nuevos estudios y más investigación. La conducta defensiva en estado de vigilia, en cuanto a las potenciales causas psicológicas de su enfermedad que caracterizó a estas mujeres, sugiriendo alexitimia, abre nuevas líneas de investigación, así como otras de posible actuación, sea en términos de diagnóstico diferencial, sea en la estrategia de intervención terapéutica.

En los capítulos que siguen comenzaremos presentando el FMS como síndrome somático funcional (FSS) de tipo MUS, conceptos, clínica y criterios de diagnóstico, así como el estado actual del conocimiento de esta patología, relevante para valorar la posible utilidad e inclusión de la hipnosis en el diagnóstico y en la práctica clínica del FMS.

Seguidamente, se hará el encuadramiento conceptual e histórico de la hipnosis, de sus objetivos y potencialidades aplicadas a la clínica y a la psicología de la salud en general y desde la perspectiva del dolor crónico, y en concreto al diagnóstico diferencial del FMS. En segundo lugar, se realiza una aproximación al concepto de hipnosis y todos sus dominios conceptuales actuales, desde un punto de vista evolutivo y terapéutico, entrando en algunos de los debates de las diversas teorías existentes, bien como en algunas de las abundantes investigaciones con enfoques en la investigación básica, o de carácter clínico. Además, se ha incluido una revisión lo más actualizada posible de la literatura científica sobre hipnosis y fibromialgia.

Por ende, se refleja la concepción del autor de esta tesis sobre la utilidad de la hipnosis en general, así como para el diagnóstico y tratamiento del FMS, fundamentada en evidencias de la existencia del *self* auto curador, inspiradas en los hallazgos hipnodinámicos de Milton Erikson, transpersonales de Maslow y seguidores, y de la teoría de la neodisociación de Hilgard.

A continuación, presentaremos los objetivos de nuestra investigación, abordados en los estudios publicados en revistas indexadas en Web of Science, como el *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* y el *International Journal of Rheumatic Diseases* así, como el análisis general de sus conclusiones. El proyecto de investigación mencionado en este trabajo y en dichos estudios cumple con los requisitos exigidos por el Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla para la experimentación con humanos, regido por la normativa vigente en España y la Unión Europea.

Más concretamente, la tesis doctoral se ha estructurado en siete capítulos, siguiendo el formato habitual en la literatura científica.

En el primer capítulo: ***¿Fibromialgia una enfermedad autónoma?*** se recoge una visión general del FMS como síndrome somático funcional (FSS) de tipo médicamente inexplicado (MUS), conceptos, epidemiología, clínica y criterios de diagnóstico y su posible relación con el trauma bajo la literatura internacional. En el segundo capítulo ***Hipnosis, ¿qué utilidad?*** se recoge una revisión bibliográfica sobre el marco conceptual, empírico y sobre todo clínico de la hipnosis y su relación con el hallazgo y tratamiento de traumas, conceptos y nociones importantes para el contexto en lo cual se lleva a cabo este trabajo. En el tercer capítulo ***Objetivos*** se plantearán los objetivos del primer y del segundo estudio publicados. En el cuarto capítulo ***Estudios Publicados*** se presentarán los estudios publicados en revistas indexadas. En el quinto capítulo ***Discusión*** se hará una discusión integrada de los resultados de los estudios presentados y publicados. En el sexto capítulo ***Conclusiones*** se enunciarán formalmente las conclusiones de los estudios. En el

séptimo capítulo **Referencias** se indexarán las referencias bibliográficas que han servido de consulta y base al planteamiento teórico de esta investigación. La búsqueda bibliográfica de los estudios científicos más relevantes sobre la temática presentada se realizó a través de la búsqueda sistematizada en bases de datos electrónicas (principalmente PsycInfo, Medline y Scholar Google).

ÍNDICE

I. ¿Es la fibromialgia una enfermedad autónoma?.....	1
I.1. CARACTERIZACIÓN Y CONTEXTO.....	2
I.2. LA FIBROMIALGIA COMO SÍNDROME MÉDICAMENTE INEXPLICADO Y COMO SÍNDROME SOMÁTICO FUNCIONAL.....	8
I.2.1. Desregulación del sistema neuroendocrino y Género.....	14
I.2.2. Trastornos del sueño.....	17
I.2.3. Aspectos genéticos.....	18
I.2.4. La fibromialgia como síndrome de sensibilización central.....	20
I.2.5. La hipótesis autoinmune.....	25
I.2.6. Estrés.....	27
I.3. FACTORES PSICOSOCIALES.....	31
I.3.1. El impacto en las dificultades del diagnóstico diferencial.....	33
I.3.2. Un abordaje psicobiosocial.....	34
I.3.3. Depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático.....	37
I.3.4. Afrontamiento.....	40
I.3.5. Vivencias potencialmente traumáticas: el papel del trauma como factor predisponente, precipitante y de vulnerabilidad.....	42
I.4. TRATAMIENTO.....	47
II. Hipnosis clínica, ¿qué utilidad terapéutica y diagnóstica tiene?.....	53
II.1. HIPNOSIS. CONSIDERACIONES HISTÓRICAS, CONCEPTUALES Y CLÍNICAS.....	54
II.1.1. La naturaleza controvertida de la hipnosis.....	55
II.2. LA HIPNOSIS COMO «PSICOHIPNOTERAPIA»: UNA PROPUESTA.....	67
II.2.1. Cuestiones clínicas, cuestiones metodológicas y otras cuestiones fundamentales en hipnosis clínica.....	74
II.3. HIPNOSIS, TRAUMA, DOLOR CRONICO Y SÍNDROME DE FIBROMIALGIA.....	83
II.3.1. El proceso de evaluación psicológica para tratamiento del dolor y la recomendación para tratamiento mediante hipnosis clínica: dificultades y limitaciones.....	94
II.4. EL PROBLEMA DE LA CONFABULACIÓN EN CLÍNICA Y LA CREDIBILIDAD DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS BAJO HIPNOSIS.....	111

III. Objetivos e hipótesis	127
III.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL PRIMER ESTUDIO	129
III.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL SEGUNDO ESTUDIO	131
IV. Estudios publicados.....	133
IV.1. ESTUDIO 1	135
IV.2. ESTUDIO 2	137
V. Discusión General.....	139
V.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: UN CAMINO HACIA EL RECONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DEL TRAUMA EN FMS.....	141
VI. Conclusiones	163
VII. Referencias	167



**I. ¿Es la fibromialgia una
enfermedad autónoma?**

I.1. CARACTERIZACIÓN Y CONTEXTO.

«El hombre puede conservar un vestigio de la libertad espiritual, de independencia mental, incluso en las más terribles circunstancias de tensión psíquica y física»

Victor Frankl, El hombre en busca de sentido

La caracterización del síndrome de fibromialgia (FMS) podría ser paradigmática del desconcierto relativo al sufrimiento provocado por el dolor crónico. Si buscáramos una cumbre que mejor pudiera representar el disfuncional y complejo biopsicosocial que el dolor crónico puede ser, seguro que el FMS es esa cumbre. Las personas con FMS presentan mayores niveles de intensidad y de cronicidad de dolor que otros pacientes con otras enfermedades dolorosas crónicas, siendo la más frecuente condición dolorosa en el espectro de las enfermedades de dolor crónico y, al parecer, la segunda enfermedad reumática más común (Clauw, 2014; Johnson, 2008; Wolfe et al., 1990, 2010). De modo que podemos, a partir de ella, caracterizar al completo, desde todos los puntos de vista, todo lo que un dolor crónico, tremendamente disfuncional e incapacitante, puede ser. Lo

plantearemos desde la perspectiva de un síndrome medicamente inexplicable (MUS), dado que su etiopatogenia es incierta o casi desconocida, con profundas implicaciones en términos del diagnóstico y de su pronóstico (Wolfe et al, 2010). La etiología del FMS parece ser, según evidencia la literatura actual, de naturaleza multifactorial, pero de causa incierta o desconocida. La genética, el umbral bajo de dolor, elevada sensibilización neural, alteraciones neuroendocrinas, perturbaciones hormonales, trastornos de sueño, parestesias, trastornos de memoria, comorbilidades afectivas negativas, y factores psicosociales parecen estar implicados en el desarrollo y cronificación del FMS. De hecho, no existen exámenes físicos, de laboratorio o de imagen que definitivamente respalden una causa sostenible y generalizable (Auquier et al., 2008, Johnson, 2008, Wolfe et al., 2010). Por este motivo el examen diagnóstico tiene una naturaleza esencialmente exploratoria y clínica, basándose sobre todo en las quejas presentadas en consulta por el paciente.

Exactamente por ser una enfermedad tipo MUS, su pronóstico es difícil de establecer, aunque es previsible encontrar elevados grados de disfuncionalidad y de discapacidad a variados niveles. Del mismo modo, los factores precipitantes se consideran demasiado amplios, diversos y de difícil precisión, presentando un abanico de posibilidades con importantes implicaciones que condicionan el tratamiento, situación que solo una causalidad bien establecida podría obviar.

Si es verdad que se conocen bien los factores de mantenimiento de la enfermedad, las incertidumbres relativas a otros factores biopsicosociales implicados ofrecen poco margen al manejo adecuado de la patología. Los resultados de los tratamientos, sean farmacológicos o psicológicos, aún, con clara ventaja para estos últimos, así lo demuestran.

Dado el cuadro actual de la patología nos pareció adecuado dirigir nuestra investigación en el sentido de buscar los medios que faciliten el diagnóstico diferencial del FMS, añadiéndose y mejorando a los métodos diagnósticos actuales. A través de métodos exploratorios de base hipnótica, y basándonos en la percepción de causalidad, se busca contribuir consistentemente al manejo terapéutico sostenible de la enfermedad a diversos niveles.

Si buscamos comprender el sufrimiento provocado por el FMS en sentido humanista está legitimada la expectativa de que, al ser posible acceder al dominio de la causalidad de ese tipo dolor, las dinámicas psicológico-personales de los individuos, actuarán a consecuencia en una dinámica propia de sentido, activando los recursos positivos como «un

propósito». Como diría Viktor Frankl, «si es verdad que la vida tiene un sentido, entonces el sufrimiento también lo tiene» (Frankl, 1991).

De este modo, conociendo la causa que hay que abordar, no solo se benefician los terapeutas al dirigir y implementar adecuadamente sus estrategias de tratamiento, sino que es razonable pensar que ese «vestigio de libertad espiritual e independencia mental» propio del ser humano de que habla Frankl, se activaría en la persona con dolor crónico, permitiéndole enfrentarse a ello eficazmente. Para entender mejor lo que aquí se quiere decir, será interesante partir de la distinción que Van Houdenhove (2003) propone entre *disease* (dolencia) e *illness* (enfermedad), o sea distinguir entre la dimensión biológica de la enfermedad, que constituye el problema de que se ocupan médicos conabordaje, biomédico entendido aquí como como cultura profesional, y «enfermedad» que incluye la percepción y respectiva interpretación que la persona hace de su sintomatología corporal, en un marco determinado de atribuciones socioculturales. Esta brecha entre la cultura médica tradicional, mecanicista, altamente especializada, es retada frontalmente por síndromes como el FMS y otros MUS, que ponen como exigencia la importancia de la no «generalización» mediante *guidelines* de lo que en la enfermedad hay de más humano.

Sentimos que se ha dado por demasiado evidente, partiendo de los resultados de la investigación reportados en la literatura actual, que aún no es posible determinar las causas de este síndrome. A consecuencia, nos quedamos con el desconcierto de las correlaciones que la literatura plantea, ignorando otras posibilidades, desperdiciadas y despreciadas por puro prejuicio académico y científico (Barabasz & Watkins, 2012). ¡Se sabe mucho del FMS y al mismo tiempo se sabe... nada!

Decir que el FMS es un síndrome multicausal, multifactorial y que su tratamiento debe de ser por supuesto biopsicosocial, nos deja un cierto gusto a «poco» en la boca. Y esto porque no poseemos instrumentos discriminatorio-diferenciales eficaces que nos permitan distinguir lo que es, por ejemplo, un FMS primario de otro secundario o comórbido. Muchas veces cuando se diagnostica, ya resulta demasiado tarde para determinarse cual es cual. Por ejemplo, saber cuándo los síntomas depresivos pueden ser la causa o la consecuencia del FMS. Un primer intento incipiente de hacer esta distinción por tipo de FMS (Auquier et al., 2008; Greenfield et al., 1992; Uceda et al., 2000; Wolfe et al., 1990) redundó en una clasificación inoperante. La fibromialgia primaria es considerada solamente como dolor musculoesquelético generalizado y múltiples puntos dolorosos en ausencia de otra afección que justifique la sintomatología presentada; y la fibromialgia concomitante, la que

se asocia a otra afección, solo parcialmente explica la sintomatología. En esta clasificación, no existe diferencia entre la sintomatología presentada por estos pacientes de los dos tipos, con excepción de la causa. Una precisión a esta primera distinción propuso que la fibromialgia secundaria ocurriría junto a otra afección implícita (primaria) y a consecuencia de esta, como por ejemplo la brucelosis, la cual probablemente sería su causa, mientras que el FMS reactivo serviría para identificar un evento específico (físico o vital en general especialmente de tipo traumático) anterior al inicio de la enfermedad. A consecuencia, Wolfe y colegas (1990, 1998, 2010) han decidido dejar caer tal distinción y otras más complejas. Las consideraron inoperantes e innecesarias al proponer los criterios diagnósticos en 1990 por el Colegio de Reumatología. En un cierto sentido, a cambio de operacionalizar criterios diagnósticos, se perdió el seguimiento de la causa, incluso se la desvalorizó a cambio de la gestión de los síntomas con estrategia más paliativa que curativa.

Sin embargo, los resultados de nuestra investigación parecen no corroborar esta posición. La perspectiva de centrar nuestra evaluación diagnóstica en los síntomas que un abordaje estrictamente biomédico plantearía, dejaría de lado los aspectos causales que implican las dimensiones psico y socioculturales de la enfermedad. Además, resulta clínicamente muy diferente diagnosticar el FMS en una etapa temprana de su desarrollo que cuando la misma ya se encuentra cronificada. Especialmente en este último caso, la hipnosis parece aportar resultados diagnósticos prometedores, por remitirnos para la causalidad autoatribuida, como se podrá constatar por las razones que se presentan más adelante en el apartado hipnosis, y por los resultados de los trabajos que hemos publicado con población española (De Almeida Marques et al., 2018, 2019) y portuguesa (De Almeida Marques et al. 2020 – actualmente en fase de sumisión).

Nuestras hipótesis de partida han sido: ¿Y si fuera posible identificar la causa de la enfermedad autobiográficamente, aunque en un estado especial de conciencia? ¿Qué ocurriría si un paciente se confronta con el origen de su enfermedad?, ¿Qué implicaciones para el diagnóstico y para el tratamiento tendría ello?

Evidentemente no tenemos la pretensión de resolver todos los problemas diagnósticos que este síndrome nos plantea, sin embargo, creemos que nuestro trabajo aporta dos evidencias. En primer lugar, que hay razones para distinguir entre fibromialgia primaria y fibromialgia secundaria. A nuestro entender, la segunda, dado el tipo de acontecimientos vitales precipitantes, tiene posiblemente mejor pronóstico que la primera. En la segunda posiblemente las disfunciones neurobiológicas y de sensibilización central u otras

presentadas, ocurrirán bajo el predominio de la genética del individuo. En segundo lugar, que el conocimiento de los eventos precipitantes parece permitir no solo una mejora en el diagnóstico, sino en el manejo dinámico, desde el punto de vista terapéutico, hetero y autobiográfico, de las causas implicadas en la aparición del síndrome.

Pensamos que es urgente mejorar el diagnóstico teniendo en cuenta la perspectiva de la causalidad a fin de incrementar la eficacia del tratamiento. La verdad es que las víctimas del FMS siguen creciendo a un ritmo aplastante: a nivel mundial su prevalencia se estima en 2,7% de la población en general. En España, la prevalencia reportada se estima en el intervalo del 2,3% a 2,7%, (Queiroz, 2013) de la población mayor de 20 años, siendo más prevalente en mujeres (3.3%-4-2%) que en hombres (0,2-1,3%) (Branco et al., 2010; Mas et al., 2008). La prevalencia del FMS entre la población adulta a nivel mundial se encuentra en intervalo de 0.8-5%, dependiendo de factores tan distintos como el área geográfica, la definición caso a caso, y el método de evaluación (Johnson, 2008; Johnston et al., 2013; Jackson et al., 2015). El FMS ocurre en población pediátrica, generalmente empieza con el inicio de la pubertad (Gedalia et al., 2000; Johnson, 2008); sin embargo, la prevalencia más elevada se encuentra entre mujeres de mediana edad. La proporción de hombres respecto a mujeres está en el intervalo de 1:1 hasta el 30:1, pero el promedio mundial es de 3:1 en ambas poblaciones, pediátrica y adulta (Gedalia et al., 2000; Queiroz, 2013).

Los tratamientos del FMS, dirigidos sobre todo al alivio del dolor, a la conquista de la homeostasis emocional y psicológica, mejorando la actividad física y problemas específicos personales, presentan eficacia moderada. Parecen claramente insuficientes para evitar la cronificación y los *follow up* siguen inciertos cuando no desmotivadores, naturalmente agravados por comorbilidades comunes como la depresión (Robinson et al., 2003).

Estudiamos y trabajamos con esta población clínica desde hace doce años, y pronto percibimos que algo no cuadraba: los comportamientos de estas mujeres en las entrevistas eran de un tipo en estado normal de conciencia, y de otro cambiando el *setting* a hipnosis. Nos ha sorprendido todo un ritual de defensas en vigilia, de conductas propias de alexitimia (Sayar et al., 2004), un modo de comprenderse a sí mismas «como si...», perfectamente adherido a los síntomas (aún que parezcan inconformadas y de ello se reclamen) que los test median. Sin embargo, estos últimos no daban cuenta de la complejidad emocional, cognitiva y existencial (psicoafectiva y social) de estas mujeres, que el estado modificado de conciencia (EMC) permitía cambiar. En EMC exprimían libremente sus emociones y cogniciones no manifiestas en vigilia, para luego volver a lo «normal» cuando el *setting*

cambiaba y volvían al estado «normal» de conciencia. Volver a la misma situación psicológica y creencias correlacionadas con respecto a su dolor, como si, para muchas de ellas, no hubiera pasado nada, pero con menos dolor. El mismo discurso, la misma comunicación no verbal, el mismo ritual de conducta, pero un poco más desconcertadas por lo que habían vivido y autorrevelado.

Porque es una enfermedad tipo MUS, territorio de frontera, el FMS parece ser referente perfecto para testar las posibilidades de la hipnosis. Ocorre exactamente lo mismo aquí que en la realidad clínica: la gente solo suele recurrir a la hipnoterapia cuando todo lo demás resulta ineficaz o insuficiente, lo que suele convertirla fatalmente como una intervención de «última línea».

Sin embargo, la diferencia de este trabajo de investigación está en que no incide en el tratamiento, para lo cual ya existe suficiente investigación sobre su eficacia (Barabasz et al., 2009; Bernardy et al., 2011; Derbyshire et al., 2009; Hammond et al., 2009b; Pellicer et al. 2007; Stoelb et al., 2009; Thompson et al., 2019), y si en el diagnóstico. Como veremos a lo largo de esta disertación, para personas que soportan 24 horas de dolor continuado, intentar reducir el tiempo de entrevista, aumentar su eficacia y mejorar las condiciones de su realización parece ser más que adecuado... urgente. Y si a eso le añadimos relajación y una disminución acentuada del dolor, entonces nos parece perfecto. Y si en ese contexto logramos conseguir fenómenos de autorrevelación, en términos del reconocimiento de la causalidad implicada en la patología, eso no tiene precio. Es lo que hemos descubierto en nuestro trabajo con pacientes españolas y portuguesas, los resultados han sido muy motivadores conforme nuestros estudios en España (De Almeida-Marques et al., 2018, 2019) ya publicados, y en Portugal (De Almeida Marques et al., 2020) actualmente en proceso de sumisión.

Los apartados siguientes, servirán para aclarar por qué el FMS se considera un MUS, al extremo de que Afari et al. (2014) sugiere que, an base a la literatura actual, sea bien posible que no tenga mucho sentido entender el FMS como una entidad autónoma, dado que comparte, en el universo variado del dolor crónico, los mismos síntomas y las mismas características diagnósticas con un amplio abanico de otras enfermedades de tipo MUS, proponiendo que sea considerada bajo el concepto global de síndrome somático funcional (FSS).

I.2. LA FIBROMIALGIA COMO SÍNDROME MÉDICAMENTE INEXPLICADO Y COMO SÍNDROME SOMÁTICO FUNCIONAL

El FMS como concepto, aunque sea bien más antiguo, empezó a aparecer en los finales de la década de 70 del siglo XX (Wolfe et al, 1990, Uceda et al. 2000). Se encuadró en las enfermedades de tipo reumatológico, porque demasiados pacientes con enfermedades reumatológicas presentaban dolor musculoesquelético, que no podía ser adecuadamente explicado por los entonces corrientes paradigmas del diagnóstico. Así fue que en los primeros años del FMS como entidad nosológica se intentó caracterizarla y definirla como entidad nosológica autónoma y verificable, con el objetivo de diferenciarla de otras entidades, en el cuadro nosográfico general y reumático en particular. En 1990, se publicaron los criterios de su clasificación por el American College of Rheumatology (ACR), el primer gran conjunto de criterios diagnósticos, representando un esfuerzo de consistencia y concreción:

- Historia de dolor generalizado de al menos 3 meses de duración y localizado en la parte superior e inferior del cuerpo además del esqueleto axial.

- Dolor en al menos 11 de los 18 puntos de presión (9 pares de puntos simétricos bilaterales) dispuestos al largo de todo el cuerpo y correspondiendo a las áreas más sensibles del organismo, para estímulos mecánicos o de umbral más bajo. Puntos sensibles a una presión aproximada de 4 Kg/cm² que suele corresponder al cambio de coloración subungueal del dedo explorador del médico.
- La presencia concomitante de otras enfermedades no invalida el diagnóstico de fibromialgia.

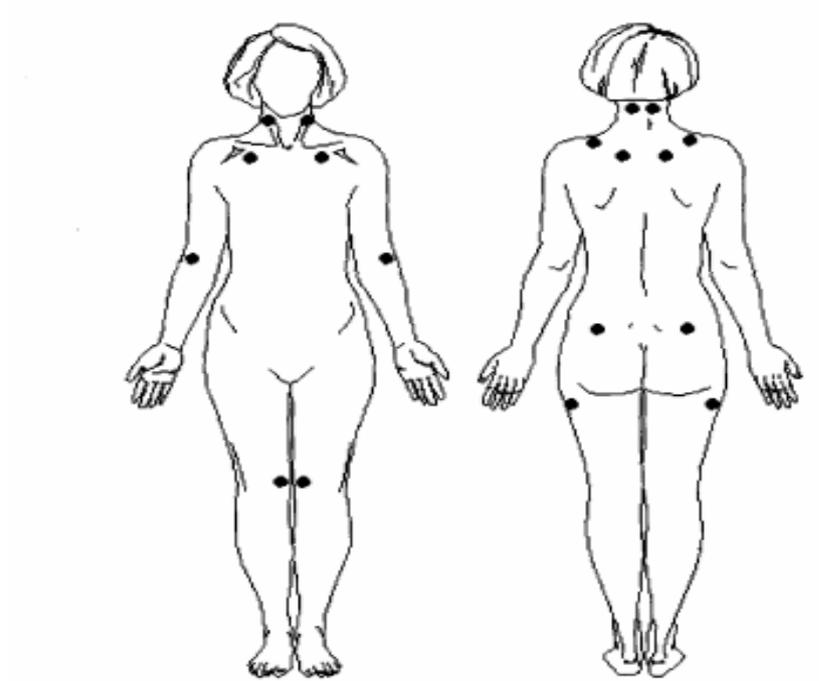


Fig. 1: Los puntos de presión tienen que ser realmente dolorosos a la palpación digital por presión de cuatro kilos, y no solo sensibles a dicha presión (Johnson, 2008, pp. 91).

Son criterios que, con más o menos crítica (Claw, 2014), han estado vigentes hasta 2010, momento en que el Colegio Americano de Reumatología estableció unos nuevos (Wolfe, 2010), en los cuales se reduce la importancia de los puntos de presión, tan vivamente criticados en la literatura especializada. Se ha considerado a consecuencia otro tipo de síntomas, medidos y evaluados de forma distinta, incluso evaluando la sintomatología

relativa a la última semana, aunque tomando medicación. En este sentido, se introducen dos escalas (Wolfe, 2010):

- El «Widespread Pain Index (WPI)», índice de dolor generalizado, con puntuación variable entre 0 y 19. Está destinado a evaluar la presencia de dolor localizado en diferentes áreas del cuerpo, dolor que no es explicado por la presencia de otras enfermedades como lupus o artritis reumatoide, y que se haya podido experimentar en el transcurso de la última semana.
- El «Symptom Severity Score (SS Score)», índice de gravedad de síntomas, con puntuación variable entre 0 y 12. Se destina a examinar la presencia e intensidad de síntomas comunes, entre ellos, fatiga, sueño no reparador y problemas cognitivos, ocurridos en la última semana.

Sin embargo, la literatura ha extendido rápidamente, desde la primera formulación de sus criterios diagnósticos, el reconocimiento de los síntomas de la FM a otros dominios, a partir de los cuales se encontró una sobreposición de síntomas con otras patologías FSS de tipo MUS. Todo por la constante presencia de síntomas de patrón igualmente incapacitante, doloroso y no doloroso (Afari et al., 2014; Arnold et al., 2019; Branco et al., 1994; Domingues & Branco, 2008; Johnson, 2008; Gatchel et al, 2007; Meester et al, 2020; Ohayon, 2005; Sayar et al. 2004; Wolfe & Hawley, 1998):

- Fatiga extrema después del despertar acompañada de trastornos del sueño (sueño no reparador, con presencia de ondas alfa en la fase del sueño no REM) de gravedad moderada a severa.
- Trastornos de memoria.
- Cefaleas o migrañas.
- Entumecimiento y hormigueo en las extremidades.
- Parestesias.
- Boca y ojos secos.
- Percepción sensorial alterada.
- Piernas inquietas.

- Trastornos de humor, cognitivos y afectivos con implicaciones biopsicosociales negativas.
- Trastornos de personalidad como alexitimia.
- Síndrome de intestino irritable, síndrome de la vejiga hiperactiva o dolorosa, cistitis intersticial, dolor de pecho de tipo no cardíaco, trauma físico y sexual.

De hecho, algunos de estos síntomas casi siempre tienen una naturaleza comórbida, y no son exclusivos del FMS.

Sin embargo, a pesar de que Wolfe et al., (1990), en la elaboración de los criterios de clasificación y de diagnóstico del FMS, abandonaron la distinción entre FMS primaria y FMS secundaria-concomitante por no existir distinción sintomatológica significativa entre los dos tipos, la verdad es que en ámbito de la práctica clínica resulta muy distinto tratar los dos tipos, sobre todo en términos del pronóstico. Los dos argumentos que le han servido de base han sido: que los pacientes de cada una de estas condiciones no presentan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de los estudios de gran impacto que han servido de base a la formulación de dichos criterios; y que los criterios parecían funcionar igual de bien en pacientes con y sin condiciones reumáticas concomitantes.

Sin embargo, la literatura posterior ha encontrado evidencias para mantener la distinción operacional entre ambas en contexto clínico, en cuanto a la posible etiología de eso dos subtipos del FMS: por ejemplo, al nivel de la autoinmunidad, la presencia de una cierta susceptibilidad autoinmune que la literatura calificó como FMS secundaria, aunque el registro de anticuerpos específicos para el FMS siga sin consolidarse y no esté aceptado sin reserva (Hervier et al., 2009; Buskila and Sarzi-Puttini, 2008; Giacomelli et al., 2013; Meester et al., 2020). Tendríamos en consecuencia un FMS primario que no está acompañado por otro trastorno crónico doloroso, mientras que el FMS secundario se desarrolla como comorbilidad de otra enfermedad crónico-dolorosa dominante (Häuser et al., 2015). A consecuencia, parece que el FMS secundario, si se detecta a tiempo, puede tener mejor pronóstico que el FMS primario (De Almeida Marques et al., 2018, 2019).

Para nosotros sería deseable, aunque difícil, distinguir los dos tipos de FMS. Algunos ejemplos de esta dificultad se expresan por la sobreposición de síntomas con otras enfermedades: por ejemplo, los trastornos de sueño son igualmente típicos de pacientes

deprimidos, y la depresión es quizás el trastorno más común, con una prevalencia a lo largo de la vida entre 62% a 86% y presentes en cerca de 90 % de los pacientes con FMS, al igual que los trastornos de ansiedad y las alteraciones de estado de ánimo, en pacientes con FMS (Aaron et al., 2003; Kato et al., 2006; Veltri et al., 2012).

Ya Wolfe y Hawley (1998) atribuyen a Hudson et al. (1992), la primera etiqueta del FMS como parte constitutiva de los trastornos afectivos, en lo que ha sido secundado por la literatura actual (Kato et al., 2006; Paz et al., 2020; Veltri et al., 2012). Ello y estudios epidemiológicos posteriores, condujeron a la opinión algo generalizada de que las señales y la sintomatología del FMS no eran únicas y exclusivas, sino más bien la etapa final del *estrés* (*estrés* angustiada psicoafectiva, depresión) (Aaron et al., 2003; Afari et al., 2014; Arnold et al., 2006, 2012, 2019; Kato et al., 2006; Meester et al., 2020; Veltri et al., 2012).

Se han realizado investigaciones en ámbitos biomédicos diversos, como el bioquímico, genético y por neuroimagen a larga escala, con el objetivo de identificar las causas y los mecanismos de manifestación clínica del FMS. La investigación de las posibles causas del FMS se ha orientado primeramente hacia las áreas musculares, del sistema nervioso central, del sistema nervioso autónomo, posteriormente del sueño, de las posibles causas genéticas, del sistema inmunitario, del metabolismo y del estado psíquico de los pacientes (Afari et al., 2014; Arnold et al., 2012, 2019; Domingues & Branco, 2008; Gatchel et al., 2007; Meester et al., 2020; Tanriversi et al., 2007; Wolfe et al., 2010). Se sabe, por analogía, que el sistema muscular de un paciente con FMS se encuentra al 35% de su funcionamiento en reposo, mientras que en estado natural normal debería de estar al 5%. Una entre muchas hipótesis adelantadas para la comprensión del FMS supone que esta enfermedad pueda ser debida a una alteración de la modulación del dolor al nivel del sistema nervioso central y periférico, en que el dolor se produciría por un mecanismo de retroalimentación de tensión y de espasmos musculares (Branco et al., 2008). Sin embargo, su diagnóstico sigue siendo predominantemente clínico y basado en las quejas subjetivas de los pacientes (Branco et al., 2008; Arnold et al., 2019).

Margarit (2019), en un artículo publicado en la Revista de la Sociedad Española de Dolor, sobre la nueva clasificación internacional de enfermedades CIE-11, subraya las nuevas categorías nosográficas relacionadas con las patologías que se definen por el término nosológico «dolor crónico». Gracias a este nuevo abordaje de la Organización Mundial de la Salud se han abierto grandes oportunidades para «la mejora de la atención, estudio y seguimiento de los pacientes con dolor». Asesorada por la IASP, la OMS ha

buscado «una nueva clasificación pragmática, transversal con el fin de tener utilidad en medicina del dolor especializada, así como en atención primaria y con un enfoque taxonómico por prioridades: primero la etiología, seguido del mecanismo fisiopatológico y por último el área anatómica» (Margarit, 2019). Se han publicado en la revista Pain, en el año 2019, diez artículos que resumen las conclusiones de esta nueva clasificación, la cual divide el dolor crónico en siete grupos:

1. Dolor crónico primario.
2. Dolor crónico por cáncer.
3. Dolor crónico postquirúrgico o postraumático.
4. Dolor crónico neuropático.
5. Dolor orofacial y cefalea.
6. Dolor visceral crónico.
7. Dolor crónico musculoesquelético.

Se definen de forma separada dos entidades: el dolor crónico primario (caracterizado por alteración funcional o estrés emocional no explicable por otra causa), planteado como una enfermedad en sí mismo; y el dolor crónico secundario, que es una entidad donde el dolor es un síntoma de una condición clínica subyacente (Margarit, 2019). Las novedades del CIE-11 incluyen el dolor crónico oncológico, que tiene un tratamiento de especificidad, al igual que el dolor postquirúrgico o postraumático, el dolor orofacial y cefalea se clasifican en consonancia con la clasificación ICHD-3 (International Clasificación Headache Diseases), el dolor crónico musculoesquelético secundario se define como el que afecta a las estructuras como tendones, músculos y huesos, ya sea debido a inflamación, cambios crónicos en su estructura o por alteración de la función biomecánica secundaria a enfermedades del sistema nervioso (Margarit, 2019; CIE-11).

Como muy bien refiere el autor, es de vital importancia enmarcar la distinción operativa entre este grupo de dolor crónico musculoesquelético y el dolor crónico primario, en el que se incluyen entidades como el dolor crónico generalizado, por ejemplo, la fibromialgia, y el dolor crónico musculoesquelético, que se denominaba como “no específico” en clasificaciones previas (Margarit, 2019; CIE-11). Pero lo más significativo es el intervalo de tiempo considerado para el diagnóstico volviéndolo al parecer más operacional: se define

como dolor crónico, aquel que tiene una duración más allá de los tres meses (Margarit, 2019; CIE-11). Esta definición «permite que el dolor crónico sea claramente reconocible independientemente de otros descriptores como la intensidad del dolor, el impacto en la funcionalidad y el distrés relacionado con el dolor» (Margarit, 2019). Más adelante, en el apartado de discusión general, tendremos la oportunidad de discutir este criterio en términos del significado del «dolor crónico» como constructo hipotético (Doleys, 2017).

Sin embargo, entre todas las posibilidades explicativas resaltaremos los hallazgos más importantes que podrán aportar alguna diferenciación al FMS entre el abanico de las FSS que comparten los mismos patrones sintomatológicos. Entre estos, resaltan desde luego la disfunción al nivel de la producción de los neurotransmisores (serotonina, dopamina, norepinefrina, melatonina, etc.), la cual sería responsable por la percepción del dolor, por la alteración del estado de ánimo, de los trastornos del sueño, y del sistema inmunitario y que se encuentra profundamente alterada en pacientes con FMS (Afari et al. 2014; Arnold et al., 2006, 2019; Bazzichi, 2006, Gatchel et al., 2007; Gupta et al., 2004; Meestre et al., 2020).

I.2.1. DESREGULACIÓN DEL SISTEMA NEUROENDOCRINO Y GÉNERO

La primera y muy significativa Clasificación de la International Association for the Study of Pain - IASP (1979), al establecer una definición de consenso para el dolor, definiéndolo como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, generalmente asociada a daño tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal daño» amplió la comprensión del dolor más allá de las experiencias nociceptivas. De igual modo y bajo la misma tendencia, su actualización en 2020 por la IASP, cuatro décadas después, va aún más lejos: «...una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial» (Raja et al., 2020). Esta definición da la razón a quienes desde siempre han entendido el dolor crónico de modo multidimensional y manifiestamente distinto (no complementario) del dolor agudo.

Se distingue el dolor nociceptivo (aquel tipo de dolor normal o sensorial, fisiológico, que se produce en respuesta a estímulos que causan daño o lesión en órganos o vísceras) del dolor neuropático, resultante de lesiones traumáticas, del metabolismo o de toxicidad consecuentes a lesiones en el sistema nervioso central y (o) periférico. La sintomatología

característica de este último en términos patonognómicos es la inexistencia de una relación causal clara entre una lesión tisular y el dolor referido por el sujeto.

Los hallazgos relativos al gran sensibilidad al dolor del FMS parecen reflejarse en el umbral bajo del procesamiento central del dolor, muy posiblemente mediado por desequilibrios en los neurotransmisores y neuropéptidos (Arnold et al., 2019; Auquier, 2008; Gatchel et al., 2007,). Una amplia gama de anomalías neuroendocrinas ha sido documentada y asociada al FMS en la literatura. Se han encontrado altas concentraciones de la sustancia P, un péptido pro-nociceptivo asociado a bajos niveles de norepinefrina, que media las vías inhibitorias del dolor (Clauw & Crofford, 2003). La sustancia P es un importante neurotransmisor nociceptivo y junto con los aminoácidos excitatórios como el glutamato, contribuye a la trasmisión de las señales del dolor juntamente a las neuronas aferentes primarias, así como a la hipofunción de la hormona de crecimiento, tiroidis, glutamatos, y respuestas reducidas e ineficaces del sistema nervioso simpático (Arnold et al, 2019; Auquier, 2008; Gatchel et al., 2007; Garrison & Breeding, 2003; Ozgocmen et al 2006;). También se han encontrado niveles reducidos de aminos biogénicas, alteraciones en la irrigación de áreas del cerebro, las concentraciones elevadas de neurotransmisores excitatorios, (incluyendo la substancia P) y la desregulación del eje hipotalamohipofisoadrenal (HHA) y del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) (Afari et al., 2014, Arnold et al., 2006, 2012, 2019; Bazzichi et al, 2006; Egle, 2004; Gatchel et al, 2007; Gracely et al., 2002, 2004; Meester et al., 2020; Van Houdenhove & Luyten, 2006;).

Se sabe que el FMS es también una cuestión de género. Nueve en cada diez pacientes con FMS son mujeres (Johnson, 2008). La gran parte de la literatura es proclive a la perspectiva de que el FMS es una variante del dolor crónico generalizado, el tipo de dolor altamente incapacitante física y psicológicamente, de difícil diagnóstico, resistente al tratamiento y de pronóstico reservado. Para las pacientes con FMS el dolor es su enfermedad, el malestar y sufrimiento que desencadena constituye el cotidiano doloroso de estas personas. Su desconcierto tiene implicaciones profundamente limitantes en la forma de afrontar y manejar su dolor.

El género femenino parece resultar ser el más obvio factor de riesgo para el dolor crónico generalizado (Meester et al., 2020). El sulfato de deidroepiandrosterona (DHEAS) es un marcador más sensible del funcionamiento del eje hipotalamohipofisoadrenal (HHA), que la secreción de glutamato. Bajos niveles de DHEAS han sido identificados enpacientes con FMS y en el síndrome de fatiga crónica (Johnson, 2008; Auquier et al., 2008). En

mujeres, las concentraciones de DHEAS decrecen con la edad, mientras que la prevalencia del FMS aumenta. En los estudios, las mujeres puntúan más alto que los hombres en casi todos los factores de evaluación del FMS, sin embargo, la intensidad, la severidad y el impacto negativo del dolor en el funcionamiento parecen ser similares en los dos géneros (Claw & Crofford, 2003; Gatchel et al., 2007; Johnson, 2008; Meester et al., 2020).

Algunos autores como Claw & Crofford (2003) afirman que el hecho de que el criterio diagnóstico contemple los puntos de presión puede haber incrementado significativamente los resultados y contribuido a que el FMS sea predominantemente un trastorno femenino (Johnson, 2008), debido a la dificultad universalmente reconocida de los hombres para reportar, por restricciones culturales y psicosociales, este tipo de dolor y de enfermedad.

Por otro lado, hay evidencia de que las deficiencias de serotonina, y de su precursor el triptófano, son muy características del FMS (Arnold et al., 2006, 2019; Gatchel et al., 2007; Johnson, 2008). La serotonina resulta ser importante para alcanzar el estado de sueño profundo, así como para los mecanismos centrales y periféricos del dolor. El estrógeno y la progesterona regulan los niveles de serotonina y de norepinefrina. Las variaciones de la serotonina en mujeres, a consecuencia del ciclo menstrual, pueden modular la sensibilidad en los puntos de presión (Johnson, 2008; Gatchel et al., 2008, Meester et al., 2020). Sin embargo, como tantas otras características sintomatológicas observadas en pacientes con FMS, no se sabe todavía si las anomalías en la producción de los neurotransmisores como la serotonina son etiológicamente causa o consecuencia de la enfermedad.

Alonso et al. (2004), citado por Johnson (2008), refiere que las mujeres con FMS experimentan más dolor, más síntomas menstruales, más afecto negativo en comparación a mujeres sin FMS. De manera general, estos resultados parecen indicar que las hormonas femeninas pueden influenciar a la vez el dolor y los síntomas psicológicos en pacientes mujeres con FMS, en cuanto a que, solamente de forma sutil estos síntomas están presentes mujeres sin FMS. Las disfunciones sexuales en estas mujeres, comparadas con grupos de control saludables, resultan estadística y significativamente incrementadas. En nuestra investigación con una muestra de mujeres portuguesas (De Almeida Marques et al., 2020), actualmente en proceso de publicación, con especial incidencia en la sexualidad, fue posible observar un complejo de síntomas que van desde la disforia sexual a un umbral bajo de tolerancia al toque, por lo mismo resultarles doloroso. Por lo tanto, la función sexual, aunque reconocidamente deseable, como hemos sugerido en De Almeida Marques et al. (2020) resulta afectada por el FMS.

I.2.2. TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño presentan una elevada prevalencia en el FMS, con frecuencia los pacientes con FMS refieren insomnio y sueño leve como síntoma creciente en la misma medida en que el FMS se instala. Algunos autores como Branco et al. (1994), Wolfe y Hawley, (1998), Rizzi et al., (2004), Ohayon (2005), Domingues y Branco, (2008), Gatchel et al., (2007) han sugerido que el FMS se debería a la presencia continuada de un sueño no reparador. Han descubierto que síntomas similares a los del FMS pueden encontrarse en voluntarios saludables privándoles del sueño. Sin embargo, se sabe que las mujeres con FMS pasan más tiempo en la etapa 1 del sueño y presentan más cambios de etapa de sueño que la población no referenciada con patología.

Estos hallazgos indican que el sueño es leve, poco consolidado o profundo en la primera mitad de la noche en las mujeres con FMS. Landis et al. (2004) han encontrado que la población con FMS ha tenido menos «sleep spindles» y una reducida frecuencia «spindle» comparados con el grupo de control. Estos investigadores han sugerido que los mecanismos talamocorticales relativos a la generación de «spindle» se encuentran dañados en el FMS. Rizzi et al. (2004,) citado por Johnson (2008), a su vez, han propuesto la hipótesis de que la fragmentación del sueño en el FMS puede ser debida a un patrón de ciclicidad alternada del sueño. Sin embargo, lo que estos estudios sugieren es que el sueño no reparador verificado en el FMS no está debido a marcadas anomalías en la arquitectura del sueño, sino a alteraciones en la microestructura del sueño, muy probablemente debidas al dolor experimentado (secundarias al dolor) (Branco et al., 1999; Johnson 2008; Gatchel et al., 2007, Meester et al., 2020).

Más allá del sueño no reparador, con presencia de ondas alfa en la fase del sueño no REM, un déficit de somatostatina (hormona del crecimiento) segregada durante el sueño profundo e incrementado por el ejercicio físico, también de la reparación de los tejidos fibrosos (músculos, tendones y ligamientos), reforzaría la perspectiva de la correlación entre el FMS y los trastornos del sueño que son característicos de esta población clínica.

La neurobiología del sueño y de los ciclos circadianos ha sido revisada bajo una perspectiva clínica por España & Scammell (2011). Se ha reconocido la existencia de diferencias en términos del género y del sexo relativamente a salud del sueño. Sin embargo, en cuanto a la regulación del sueño, a la epidemiología de los problemas del sueño, al diagnóstico y al tratamiento siguen existiendo grandes lagunas (Mallampalli & Carter, 2014;

Meester et al., 2020). Recientemente, se ha sugerido que la corteza cingulada anterior se encuentra implicada en el FMS (Jensen et al., 2009, Meester et al., 2020). La verdad es que, a pesar de que ningún estudio se ha dedicado al tema de los trastornos del sueño en paciente con FMS y diferencias de género, el sueño difiere entre hombres y mujeres lo cual puede contribuir para el riesgo de desviaciones significativas en términos del análisis de los datos de los trastornos del sueño en general y su asociación con el FMS (Mallampalli & Carter, 2014; Meester et al., 2020).

Estudios realizados por polisomnografía han revelado una gran variedad de trastornos del sueño en pacientes con FMS (Johnson 2008; Meester et al., 2020). La etapa del sueño profundo se presenta reducida y por lo tanto los datos indican que suele ser la más afectada, con evidente generación de patrones alfa-delta (Choy, 2015). De hecho, el sueño profundo se considera de vital importancia para la consolidación de la memoria y respectivos procesos de restauración. Una disregulación del sueño profundo, entre otros trastornos del sueño, pueden ser factores relevantes en el desarrollo de dolor crónico (Arnold et al., 2019; Finan et al., 2013; Meester et al.2020; Mork and Nilsen, 2012).

I.2.3. ASPECTOS GENÉTICOS

En cuanto a los aspectos genéticos posiblemente implicados en el FMS, desde que Jasny y Kenedy (2001) han demarcado el mapa del genoma humano, el objetivo de encontrar un factor genético para esta y otras patologías de dolor crónico se ha vuelto más accesible. Es incuestionable que las funciones biológicas de todos los sistemas, órganos y de cada célula individual dependen de su matriz genética para producir péptidos o proteínas, contribuyendo cada una de ellas en funciones específicas en la estructura de la célula, o participando en el metabolismo a través de varias enzimas. Una sobreexpresión o eliminación de un gen conlleva alteraciones funcionales en el sistema. Las actividades neuronales envueltas en la trasmisión del dolor son igualmente afectadas por este proceso (Arnold et al., 2019; Auquier et al., 2008; Gatchel et al., 2007; Meester et al 2020; Johnson, 2008).

Parece que los factores genéticos pueden desempeñar un papel importante en la etiología del FMS. Varios estudios han identificado elevadas prevalencias del síndrome en descendientes de primer grado de personas diagnosticadas con FMS (Arnold et al., 2004; Gatchel, 2007; Johnson, 2008). A su vez, se ha sugerido la existencia de una elevada

prevalencia de genotipos específicos de neurotransmisores y sus receptores en el FMS (Johnson, 2008). Igualmente se han encontrado evidencias de que el polimorfismo de los genes de los sistemas serotoninérgicos y catecolaminérgicos están conectados con la patofisiología del FMS y condiciones relativas están asociadas con los rasgos de personalidad (Gatchel, 2007; Johnson, 2008).

Sin embargo, más que el predominio de la genética hay que considerar epigenéticamente su interacción con el ambiente, que en el caso de las personas con FMS resulta evidente. En este sentido se sabe que entre los familiares de pacientes con FMS, el riesgo de padecer la enfermedad es 8,5 veces mayor que en otras poblaciones (Arnold et al., 2004, 2006, 2019; Johnson, 2008), que algunos fenotipos genéticos son más frecuentes en enfermos con FMS, como es ejemplo el caso del gen que regula la expresión de la enzima catecol-o-metil-transferasa, o el gen regulador de la proteína transportadora de la serotonina (Gatchel et al., 2007; Johnson, 2008). De manera similar, un recuento rutinario de leucocitos se encuentra dentro del intervalo normal, pero no el de los subgrupos de linfocitos específicos, poco habitual en los estudios clínicos de rutina, está alterado en pacientes con FMS (Johnson, 2008; Meester et al., 2020).

Los estudios de caso-control dedicados a la investigación de la expresión del genoma completo entre mujeres, han revelado alteraciones de las vías autoinmunes y marcas de destrucción de tejidos (Jones et al., 2016; Lukkahatai et al., 2015; Meester et al., 2020). A respecto de esto, los alelos HLA (Branco et al., 1996; Meester et al., 2020; Yunus et al., 1999) dado que su impacto depende de la interacción entre genética y factores ambientales, se encuentran bien estudiados y reconocida su influencia en el FMS. Sin embargo, los genes *HLA* tienen un papel esencial en el sistema autoinmune. Luego, el cuadro emergente más aceptado en la literatura reciente es la combinación de una predisposición genética, un evento precipitante (infecciones, trauma, enfermedades auto inmunes u otras razones de necrosis) (Jiao et al., 2015; Meester et al., 2020) y la desregulación inmune debida al estrés psicológico (Meester et al., 2020; Takahashi et al., 2018). Esta condición puede convertir la preexistencia «oculta» de fenómenos patológicos de autoinmunidad en una inmunidad abierta, pero el componente autorreactivo permanece muy difícil de determinar. Un aspecto distintivo importante de este mecanismo de respuesta es que el evento precipitante puede ser transitorio, la autoinmunidad es la respuesta del sistema inmune adaptativo, y resulta ser crónico (Meester et al., 2020).

Recientemente, según Meester et al. (2020), parecen haberse encontrado algunas evidencias de una predisposición genética para la hipersensibilización del sistema nervioso central involucrado en el sistema neurocognitivo de pacientes con FMS (Afari, 2014; Boomershine, 2015). Al igual, también aquí se verifican comorbilidades no diagnosticadas que comparten sintomatología. Otro estudio, realizando un análisis sistemático del proteoma del fluido cerebro-espinal (CFS) en pacientes con FMS, Khoonsari et al. (2019) y reconociendo que no existen actualmente biomarcadores consistentes que distingan el FMS de otras patologías con dolor crónico, dado que sus síntomas se sobreponen y se comparten mutuamente, ha hallado evidencias de 4 proteínas diferenciadoras del FMS en comparación con el grupo de control: apolipoproteína C-III, proteína de unión galactina-3 (galectin-3-binding protein), el malate dehydrogenase cytoplasmic y el neuropeptide precursor protein ProSAAS. Son proteínas involucradas en la actividad de la lipasis lipoproteína (LPL), en la señalización inflamatoria, en el metabolismo de la energía y en la señalización de los neuropeptidos. Según este autor, ante la falta de criterios diagnósticos objetivos, aplicables y universales, y con los síntomas vagos y difusos que los pacientes con FMS presentan, podría realizarse un diagnóstico objetivo y diferencial basado en el estudio y evaluación sistemática del proteoma CSF. Por otro lado, Ciregia et al. (2019) sugieren que los biomarcadores salivares pueden ser útiles para diferenciar los pacientes con fibromialgia de otros pacientes con patología equivalente.

Una vez más, el problema del diagnóstico inadecuado es referenciado en un estudio de Oaklander et al. (2013) que han encontrado una alta prevalencia de polineuropatía de las pequeñas fibras, que resulta de la degeneración disfuncional de las neuronas «pequeñas fibras periféricas» en 41% de biopsias de piel de pacientes con FMS, para apenas 3% del grupo de control, sugiriendo que pacientes diagnosticadas con FMS pueden padecer esta disfunción sin saberlo, cuando, si fueran identificadas y testadas objetivamente, podrían ser definitivamente tratadas.

I.2.4. LA FIBROMIALGIA COMO SÍNDROME DE SENSIBILIZACIÓN

CENTRAL

La investigación en FMS ha demostrado la existencia de anomalías en la función neurotransmisora y neuroendocrina. Se han propuesto diferentes modelos explicativos basados en la desregulación de los mecanismos centrales, especialmente en el sistema

nervioso central (SNC). Al parecer el FMS parece encajar en el modelo de la hipersensibilización de los mecanismos centrales del dolor con modulación periférica (Arnold et al., 2019; Johnson, 2008; Meester et al., 2020; Ursin & Eriksen, 2001). La cronificación del dolor resultaría de las disfuncionalidades del SNC, posiblemente causadas por irregularidades en el sistema neuroendocrino, generando una mal adaptación plástica del SNC a lo largo del tiempo (Afari et al. 2014; Arnold et al., 2019; Johnson, 2008; Meester et al., 2020).

Los trastornos del sueño y otros aspectos de naturaleza psicológica como el afecto negativo han sido correlacionados positivamente con la patología (Afari, 2014; Arnold, 2019; Boersma & Linton, 2006; Gatchel et al 2007; Turk & Okifugi, 2002; Turk et al., 2004; Ohayon, 2005;). Esta hipótesis de trabajo, ampliamente consensuada, apunta a que la FM resulte de una hipersensibilidad del sistema nervioso central y de una inhibición ineficaz del dolor (Gatchel et al., 2007). Se sabe que una persistente e intensa nocicepción puede conducir a alteraciones neuroplásticas en la médula espinal y en el cerebro, resultando en una hipersensibilización del SNC y consecuentemente en dolor (Afari et al., 2014).

Entre los factores más apuntados en la literatura, están, como hemos visto, los factores neuroendocrinos, el eje hipotalámico-pituitario adrenal (HPA), los factores relacionados con la neurotransmisión (serotonina, norepinefrina), las alteraciones del sueño e inmunológicas, que veremos adelante, entre muchos otros factores de menor relevancia.

Sin embargo, aunque el FMS es clasificada como una enfermedad musculo-esquelética, la hipótesis más bien aceptada en términos neurobiológicos y apoyada por evidencias empíricas es la de la sensibilización central (Arnold et al., 2019; Maestu et al., 2013; Meester et al., 2020; Sluka & Clauw, 2016; Staud et al., 2009). Debido a que esta suele estar asociada a un acontecimiento estresante como factor precipitante o de mantenimiento de la enfermedad, se puede anticipar un elevado compromiso del HPA. La validez de esta hipótesis parece estar apoyada por la evidencia de que los pacientes con FMS suelen presentar niveles más bajos de cortisol basal, así como hiperreactividad a los agentes estresores comparados con poblaciones sanas (Afari, 2014; Arnold et al., 2019; Auquier et al., 2008, Johnson, 2008), mostrando más efectos periféricos, tales como dolores musculares, y efectos centrales, así como perturbaciones del sueño. La literatura que sostiene esta hipótesis que enlaza el FMS a otras FSS de tipo MUS, se basa en la sugerencia de que el inicio y la exacerbación de los síntomas son frecuentemente entendidos como una respuesta al estrés (Van Houdenhove et al., 2002, 2003, 2006).

El HPA y el locus coeruleus constituyen el principal sistema de respuesta al estrés. Asimismo, el eje hipotalámico-pituitario-gonadal (HPG) también ha sido referido por la literatura en relación al FMS, ocurriendo que la depresión, una importante comorbilidad, es un importante componente que afecta al HPG (Arnold et al., 2014, 2019; Ozgocmen et al., 2006).

Para Van Houdenhove et al., (2002, 2006, 2008) y Ozgocmen et al. (2006), el papel del estrés oxidativo es importante en el cuadro sintomatológico del FMS. El papel del metabolismo oxidante-antioxidante ha sido estudiado en algunos trastornos que hacen parte del espectro del FMS, tales como la depresión mayor y la cistitis intersticial. Estudios de depresión abordan la posible conexión entre depresión y peroxidación lipídica (Johnson, 2008). El SNC es altamente vulnerable a los efectos tóxicos de los radicales libres comparado con otros órganos del cuerpo, dado que tiene una elevada actividad metabólica oxidativa y un bajo nivel de enzimas protectoras antioxidantes, así como una red anatómica neural vulnerable a la ruptura (Ozgocmen et al., 2006).

La literatura experimental parece indicar que las personas con FMS tienen un umbral de tolerancia bajo relativamente a una gran variedad de estímulos dolorosos, los cuales pueden operar a través de los mecanismos centrales, tal y como el sistema de control inhibitorio nocivo difuso (DNIC) en el FMS (Meester et al., 2020). ¿Pero cómo y por qué puede ocurrir esta sensibilización central?

La percepción del dolor no solo depende de estímulos dolorosos, sino que está profundamente influida por la condición emocional y psicológica de la persona que percibe el estímulo doloroso en un momento determinado (Finnern et al., 2018; Meester et al., 2020; Rhudy et al., 2010). Existen evidencias de que la percepción nociceptiva se encuentra alterada en pacientes con FMS (Afari et al., 2014; Arnold et al., 2019; Bradley et al., 2008). Sin embargo, estos mismos factores se encuentran igualmente alterados en otros FSS, por lo cual no son exclusivos del FMS.

Otros factores actualmente relevantes resultan de estudios llevados a cabo en animales y en humanos, los cuales han demostrado la existencia de una gran sensibilidad al dolor para casi todas las modalidades del dolor, más entre las hembras que en los varones (Aufiero et al., 2017; Kisler et al., 2016; Kosek et al., 2018, Meester et al., 2020; Melchior et al., 2016; Rhudy et al., 2010). Lástima que los estudios sobre dolor incidan sobre otros aspectos y variables que no los sesgos resultantes del sexo o del género, usualmente

reduciéndose a reportar resultados en términos de proporción de hombres o mujeres que participan en dichos estudios (Meester et al., 2020).

Una vez más, la realidad del FMS y género/sexo se hace presente, denotando la importancia de la existencia de un sesgo normalmente no tenido en cuenta por los distintos investigadores, acentuando la importancia de volver a estudiarse con otros ojos los procesos biológicos y las diferencias entre sexos en la percepción del dolor (Meester et al., 2020).

Consecuentemente, como acentua Meester et al., (2020), aunque la neurofisiología de las vías del dolor neutral con relación a los diferentes sexos esté bien descrita en muchos estudios de revisión (Basbaum et al., 2009; Peirs et al., 2015; Zeilhofer et al., 2012), se sabe todavía muy poco con respecto a las diferencias en el procesamiento del dolor según el sexo, con excepción de la modulación hormonal (Meester et al., 2020). Los mismos autores, citando a Foo et al., (2017), sugiere en este contexto que los aspectos biológicos parecen ser igual de importantes que los aspectos psicológicos. Sin embargo, el foco de la investigación aún se orienta predominantemente hacia la hipótesis de la sensibilización central.

La sensibilización central se ha convertido en la hipótesis mejor aceptada para explicar el FMS, sobre todo debido a que la sensibilidad periférica parece ser una de las características dominantes del FMS. Mientras tanto, la hipótesis autoinmune suele estar descartada, dado que el FMS no cumple con los siguientes criterios de la inflamación (Meester et al., 2020):

a) presencia de biomarcadores de la inflamación en la sangre según los criterios clínicos corrientes;

b) sensibilidad a los inhibidores no-esteroides de la ciclooxigenasa anti-inflamatoria.

Para Meester et al., (2020), el ítem a) es discutible en la medida en que los hallazgos de la investigación en biomarcadores de la función autoinmune son considerables. En cuanto a b) solamente indica que el FMS no es ciclooxigenasa-dependiente, sin desacreditar ni la involucración de otras vías de inflamación y de respuesta inmunológica, ni anular la posibilidad del dolor neurogénico. Esto sería verdad para el FMS primario, pero no para el FMS secundario, porque en esta último el seguimiento de enfermedades autoinmunes genera no solo biomarcadores inflamatorios, sino también, a la vez, un continuado input

nociceptivo. En el FMS secundario, las alteraciones en el SNC parecen mejorar y volverse más eficaces en cuanto a la inhibición de la entrada nociceptiva (Meester et al., 2020; Sluka & Clauw, 2016). La cuestión es que la función nociceptiva puede igualmente estar presente en el FMS primario sin que se sepa.

El dolor en el FMS se suele considerar idiopático, pero la sensación de quemazón, y el persistente e intolerable dolor son consistentes con un cuadro clínico de neuropatía (Inanici & Yunus, 2004; Meestre et al., 2020). Existen indicios de que la neuropatía está presente en pacientes con FMS (Üçeyler et al., 2013; Ramírez et al., 2015; Krumina et al., 2019 citados por Meester et al., 2020).

Es posible que el dolor tipo del FMS pueda reflejar un tipo de neuropatía de etiología aún desconocida, lo que resulta compatible con la hipótesis de la sensibilización central y explicar así la dificultad en determinar su etiología. Latremoliere and Woolf (2009) revisaron la neuroplasticidad a nivel celular y molecular para explicar la sensibilización central en la hipersensibilidad al dolor. Estos autores subrayaron la contribución fundamental de eventos inflamatorios o neuropáticos para iniciar la sensibilización central, potenciando la hipótesis autoinmune (Afari, 2014; Meester, 2020).

De hecho, el sistema inmune también presenta diferencias de funcionamiento según el sexo. El procesamiento femenino del dolor necesita ser más y mejor investigado (Meester et al 2020; Sorge et al., 2015). Tal como ocurre en humanos, el sesgo del sexo en dolor por causa de la osteoartritis de la rodilla, puede ser explicado por las diferencias en las moléculas de la señalización inmune, la interleuquina 8 y la proteína quimioatrayente de monocitos 1 (Kosek et al., 2018; Meester et al., 2020). La interleuquina 8 es una de los biomarcadores más consistentemente asociado con el FMS (Kosek et al., 2015). Así, en las diferencias entre sexos relativamente al procesamiento del dolor, es razonable inferir que en ello están implicados los sensores inmunes y las células inmunes.

Además, el sesgo asociado al sexo con respecto a la sensibilización central necesita ser aclarado. Meestre et al. (2020) propone la hipótesis de que la autoinmunidad dirigida al SNC, tóxica o estimuladora, explica no solo la sensibilización central, sino también la predominancia de mujeres sobre hombres en el FMS, así como la falta de biomarcadores inflamatorios periféricos.

El SNC suele considerarse un órgano inmunoprivilegiado, y por eso mismo poco susceptible a enfermedades autoinmunes. Pero la edad conlleva un factor de riesgo para la

pérdida de la tolerancia central, y se sabe que la respuesta inmune es dependiente de la misma (Elisia et al., 2017; Meester et al., 2020). En más del 60% de los casos de autoinmunidad, la instalación de síntomas ocurre entre la cuarta y la quinta década de la vida, con una mediana del inicio de la sintomatología a los 37,5 años de edad (Euesden et al., 2017; Meester et al., 2020). Un sesgo en relación al papel de la edad, puede ser importante para explicar la falta de consistencia de muchas correlaciones en los estudios.

Las enfermedades autoinmunes pueden, además, no detectarse en el inicio de la sintomatología, porque su progresión es lenta y su detección bioquímica, fisiológica o visual no es obvia (Meestre et al., 2020). Además, se sabe que el órgano más importante para la tolerancia central, el timo, sufre una profunda atrofia asociada con la edad y, por ende, ser mujer es un factor de riesgo para muchas enfermedades autoinmunes (Meester et al., 2020).

I.2.5. LA HIPÓTESIS AUTOINMUNE

En tanto la patofisiología del FMS no resulte clara, el diagnóstico (Wolfe et al., 2016; Arnold et al., 2019) y el tratamiento (Mcfarlane et al., 2017) continuarán siendo imprecisos. Muchos consideran el FMS un trastorno psicósomático (Lami et al., 2018; Arnold et al., 2019) y sigue habiendo médicos que no la reconocen en cuanto entidad nosográfica. Sin embargo, el propio nombre indica una afección fibromuscular y el síndrome sigue siendo considerado como una enfermedad reumática. Es comúnmente tratada como un problema neurológico, y, como hemos visto, de acuerdo con las hipótesis más aceptadas actualmente sería, un problema de sensibilización central (Staud et al., 2009).

La historia del FMS no solo es reveladora de confusión (Inanici & Yunus, 2004) sino que también revela la importancia de (Johnson, 2008):

- La inflamación.
- Dolor neuropático.
- Aumento de la sustancia P en el líquido cerebro-espinal.
- Historia de trauma y/o infección seguida de estrés mental, lo cual es consistente con la neuroinflamación.

El predominio de las mujeres en el FMS y la presencia de enfermedades autoinmunes son dos aspectos bien conocidos referidos en la literatura (Inanici & Yunus, 2004), pero la existencia de marcadores autoinmunes no solo no se encuentra referida, sino que no está explorada (Klein et al., 1992; Meester et al., 2020).

Parece que el FMS se acompaña de una cierta susceptibilidad autoinmune. Incluso, Meester et al. (2020), propone que el FMS sea considerado una enfermedad del sistema autoinmune, neuropáticamente inducida directamente al tejido nervioso. Dado que la autoinmunidad está probablemente influida por el sexo, (Beeson, 1994 citado por Meester et al., 2020), la hipótesis autoinmune podría explicar, junto con otros factores biopsicosociales, la prevalencia de mujeres observada en el FMS.

Según esta hipótesis, esto podría explicar también la sensibilización central y las alteraciones del sueño que suelen caracterizar el FMS. Estas alteraciones en el sistema autoinmune, también permiten explicar por qué las mujeres son más susceptibles de desarrollar ciertas enfermedades autoinmunes. Curiosamente, en cuanto a las diferencias entre sexos en la tolerancia inmune, White et al. (2015) llevaron a cabo un estudio piloto de dos fases con una muestra de doce pacientes con FMS a lo largo de 28 días, aplicándoles un gel de testosterona. Los resultados demostraron una disminución significativa del dolor, de la rigidez y de la fatiga.

Globalmente, se sabe que la eficacia del timo depende fuertemente de la edad y de las hormonas sexuales. Las hormonas sexuales masculinas parecen compensar una involución del timo, mientras que las hormonas sexuales femeninas contribuyen en la disminución de la tolerancia y el aumento de la vulnerabilidad a las enfermedades autoinmunes.

En el caso del FMS, su etiología involucra la neuropatía reactiva a patógenos latentes, y a consecuencia la falta de respuesta a los tratamientos con corticosteroides entre esta población clínica resulta clínicamente comprensible. Considerando la heterogeneidad de los pacientes con FMS, otras infecciones o eventos neuropáticos, incluso debidos al trauma psicológico no deben de ser descartados como posibles gatillos de la autoinmunidad, dado que en una perspectiva psiconeuroinmunológica todos estos fenómenos pueden interactuar entre sí.

En el dolor disfuncional, en el humor y en el procesamiento del sueño pueden estar los cambios en los marcadores inmunológicos en el FMS. Landis et al. (2004) comparó dolor, variables psicológicas, calidad objetiva y subjetiva del sueño, fenotipos linfocitarios y

marcadores de activación, así como actividad de las células asesinas naturales (células NK) en mujeres de mediana edad (37 a 53 años) con y sin FMS. Comparadas con el grupo de control, las mujeres con FMS tienen un umbral más bajo del dolor, más distrés psicológico, elevadas puntuaciones en depresión, y deficiente calidad subjetiva y objetiva de sueño. Sin embargo, se ha encontrado poca evidencia que apoye la hipótesis de que la sintomatología del dolor, el humor y el sueño estén asociados con cambios en la función linfocitaria en el FMS (Johnson, 2008; Auquier et al., 2008).

Se ha sugerido que los dos, FMS y los trastornos del sueño, puedan causar un aumento del estrés, y que el aumento del estrés pueda contribuir en el desarrollo del FMS y los trastornos de sueño. Lo cierto es que como mínimo hay comorbilidad (Johnson, 2008; Meester et al., 2020; Van Houdenhove, 2002).

I.2.6. ESTRÉS

El FMS es ampliamente concebido como una enfermedad relacionada o derivada del estrés, con alteraciones del eje HPA y del sistema nervioso simpático en la base de sus síntomas. Estos sistemas se encuentran desregulados en el FMS, y estos ejes del estrés interactúan con el procesamiento del dolor a varios niveles. El hipo y el hipercortisolismo basal parecen alternar en términos de posibilidad de explicar la etiología del FMS en la literatura. La desregulación del HPA es una hipótesis crítica, quizás se explique por causas no atribuibles al dolor, y sí al estrés-distrés psicológico y a la somatización (Johnson, 2008; Staud et al., 2009; Van Houdenhove & Luyten, 2006).

Egle y Van Houdenhove (2004), y Van Houdenhove (2002, 2006, 2008) han propuesto que el FMS puede ser comprendido como un trastorno de estrés en muchos pacientes. Hay evidencias de la existencia de una predisposición genética en el origen de la hiperreactividad al estrés, que interactúa con experiencias evolutivas adversas (eventos traumáticos), conduciendo a una hipersensibilización del sistema del estrés.

Un sistema de afrontamiento pobre y el afecto negativo podrán igualmente resultar de este ciclo mórbido. La acumulación del estrés a causa de la tensión de rol y conflictos varios de diversa etiología pueden precipitar esta situación. En la fase de instalación de la enfermedad, se ha sugerido que estos elementos descompensantes pueden empujar el metabolismo del individuo a un cambio de regulación mórbido, a un cambio de hiperfuncionamiento de la respuesta al estrés hacia un hipofuncionamiento, dando lugar a

una alteración crónica en la regulación del estrés, en el procesamiento del dolor, y en el funcionamiento inmunológico (Meester et al., 2020). Esto podría explicar por qué muchos estudios sobre FMS han encontrado hipercortisolemia; es posible que los resultados contradictorios sean consecuencias de evaluar a los pacientes en diferentes momentos del *continuum* de la enfermedad (Johnson, 2008). En cuanto a la relación estrés-respuesta autoinmune, la literatura reconoce que existe una superposición de perfiles clínicos entre el FMS y ciertas enfermedades autoinmunes, con respecto a la interacción genética-factores ambientales de riesgo (Johnson, 2008; Meester et al., 2020). En cuanto a estos últimos, se incluyen las infecciones (Smatti et al., 2019) y el estrés debido a experiencias traumáticas (Sharif et al., 2018; Van Houdenhove, 2005). El estrés y ciertas características de personalidad se han vinculado con enfermedades autoinmunes, FMS, y otras enfermedades crónicas en estudios retrospectivos controlados (Lami et al., 2018; Meester et al. 2020). Son a menudo considerados factores precipitantes, o son interpretados como causas del FMS (Lami et al., 2018), a pesar de la falta de evidencia convincente demostrando la relación causal (Häuser & Henningsen, 2014).

Asimismo, no existe evidencia convincente de que un cierto tipo de personalidad predisponga a padecer dolor (Meester et al., 2020), lo que correspondería a la existencia de una personalidad «prodolorosa» en los individuos con FMS algunas veces reclamada en la literatura (Gonzalez et al., 2014; Meester et al., 2020).

Aunque el despistaje rutinario de biomarcadores de la inflamación (como los niveles de la proteína C-reactiva y la velocidad de sedimentación de los eritrocitos) tienden a presentar valores clínicos dentro de la normalidad, estos y otros marcadores inmunes son significativamente diferentes de aquellos presentados por controles saludables en ambiente de investigación (Bäckryd et al., 2017; Ciregia et al., 2018; Meester et al., 2020; Mendieta et al., 2016). A pesar de que los datos de los biomarcadores de inflamación no son consistentes entre los diferentes estudios, dado que correlacionan débilmente con las variables clínicas, o pueden ser igualmente explicados por condiciones comórbidas, la impresión general (al menos desde la perspectiva de la experiencia clínica) es que la inflamación crónica ocurre más frecuentemente en el FMS de lo que se documenta (Ernberg et al., 2018; Meester, 2020).

La interacción entre estrés físico y mental y autoinmunidad pueden constituir factores precipitantes, o ser la consecuencia más que la causa, semejante a la situación de las enfermedades autoinmunes. El estrés puede debilitar el sistema immune y permitir la

reactivación de una infección (viral) latente, la cual puede causar neuroinflamación o neuropatía y facilitar la ocurrencia de fenómenos autoinmunes. Sin embargo, a diferencia de las enfermedades autoinmunes, los marcadores serológicos clínicos comunes de la inflamación generalmente se encuentran dentro de los valores normales en el FMS.

Se sabe que el estrés desregula el sistema immune (Meester et al., 2020; Sharif et al., 2018). El estrés agudo, potencia las catecolaminas y los leucocitos circulantes, lo que facilita una respuesta inmunológica fuerte. El estrés crónico, por otro lado, es inmunosupresor.

El cortisol, la hormona privilegiada del estrés, disminuye el número de leucocitos y suprime la función leucocitaria (Dhabhar, 2008; Meester et al., 2020). Las hormonas del estrés, norepinefrina y cortisol, inducen una rápida redistribución leucocitaria. Sin embargo, a pesar de los mecanismos exactos de este fenómeno permanecen poco claros, los datos epidemiológicos y clínicos revelan de forma consistente y convincente una asociación entre personas crónicamente estresadas y la vulnerabilidad al FMS, el resurgir de infecciones, y enfermedades autoinmunes (Meester et al., 2020).

En cuanto la etiología y la patofisiología del FMS permanecen inciertas o desconocidas, el tratamiento está dirigido al manejo de los síntomas, en los cuales están incluidos factores inhibitorios del correcto procesamiento del dolor derivadas de un SNC hiperactivo (Macfarlane et al., 2017). El tratamiento farmacológico muestra no más de un 30% de mejoras, lo que sugiere que este tipo de abordaje solo no alcanza la causa del problema (Häuser et al., 2015).

Ante la falta de biomarcadores diferenciadores que ayuden a definir el síndrome, acontece actualmente un debate sobre si las FSS deben de ser definidas como entidades separadas, o tomadas conjuntamente como un solo síndrome (Paras et al., 2009; White, 2010). En cuanto unos enfatizan la utilidad de usar categorías diagnósticas separadas (Afari et al., 2014), otros argumentan que todas las FSS representan la base subyacente de no más que un único síndrome (Afari et al., 2014; Aggarwal et al., 2006; Paras et al., 2009; Wessely & White, 2004; White, 2010).

Sin embargo, examinar las FSS de un modo que se pueda enfocar ambas, las similitudes y las diferencias entre síndromes, puede aportar un mejor conocimiento y comprensión de su etiología y propiciar futuros tratamientos (Afari et al., 2014). Para alcanzar este objetivo, no solo es necesario buscar las causas, sino diferenciarlas mediante el estudio de sus

comorbilidades, especialmente los trastornos de ansiedad y los trastornos psicoactivos de gran prevalencia como la depresión.

I.3. FACTORES PSICOSOCIALES

Desde el punto de vista social, el reconocimiento del FMS como enfermedad autónoma dio, a finales de los 70 inicios de los 80, origen a litigios por compensación jubilatoria o por trauma. Esto y el claro sobrediagnóstico del FMS que mientras tanto ocurrió, quizás para encajar un conjunto de síndromes MUS que permanecían sin nosografía adecuada, sobre todo en atención primaria, a la par de la exacerbación de síntomas por parte de los pacientes, estimulados por el deseo de jubilación, han no solo propiciado una actitud sospechosa hacia el FMS, sino que también han generado un cuadro pesimista en cuanto a los beneficios de considerarla enfermedad diferenciada. No sabemos si su aumento continuo en términos epidemiológicos se debe a la enfermedad *per se*, o al conjunto de los factores psicosociales antes nombrados. Hay factores psicosociales relevantes en el FMS: bajos niveles de escolaridad y educacionales, estatus conyugal marcado por el conflicto y la separación, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, abuso físico y sexual, síntomas depresivos, altos niveles de depresión crónica, trastornos varios por ansiedad y somatización. Son altamente incapacitantes a diversos niveles para las personas con FMS y representan anualmente costes astronómicos para los servicios de sanidad pública y para las economías de los países más afectados.

Como refieren Wolfe y Hawley (1998), este estado de cosas ha generado una sospecha inevitable en torno al FMS. De hecho, el lado positivo de todo esto, resulta de los aspectos psicológicos y sociales que giran en torno al FMS, y que pueden explicar su impactante disfuncionalidad. Pero, para la ciencia médica dura esta no es una condición satisfactoria, conduciendo a una crítica directa e indirecta a su designación como enfermedad autónoma. Algunas cuestiones identificadas por Wolfe y Hawley (1998) siguen siendo actualmente pertinentes:

- a) ¿Es el FMS un constructo útil desde el punto de vista nosológico y nosográfico?
- b) ¿Tendrá efectos objetivos en la identificación de su etiología?
- c) ¿Dada su naturaleza comórbida, no será solamente resultante del estrés o de un trastorno psicológico?
- d) ¿No resultará solamente de un problema de coping inadecuado frente a un conjunto de conductas expresivas de dolor?

Con el análisis de la problemática del FMS como FSS de tipo MUS, ya adelantamos algunas respuestas a estas y a otras cuestiones, pero sin la comprensión de la evolución nosológica y nosográfica de la patología no resulta suficientemente claro por qué aún se mantienen las cuestiones centrales antes invocadas. A esta y a otras cuestiones intentaremos responder a lo largo de este apartado.

El debate resultante de saber si el FMS es una enfermedad predominantemente de componente fisiológico, encuadrada en el grupo de reumatismos musculares tisulares, o de origen predominantemente psicológico se encuentra en su propia historia, formándola. Garcia Ferrán y colegas (2006), relatan un poco de esta historia controvertida. Originariamente, el FMS fue definido como «fibrositis» por William R. Gowers, más precisamente en un artículo publicado en 1904, a partir de sus observaciones clínicas. En ellas identificó la presencia de inflamación tisular, la cual asoció a dolor lumbar acompañado de dolores en los brazos. Más tarde, en 1936, Kähler Hench, rechaza el diagnóstico de «inflamación», defendiendo la perspectiva de que las causas de la enfermedad eran predominantemente psicógenas. En 1975 se acuña el término «fibromialgia» que se mantendrá, hasta que, en 1990, el *American College of Rheumatology* establece sus criterios diagnósticos, con el código M790 de la *OMS classification*, quedando definitivamente conocida, a partir de ahí, como *fibromyalgia syndrome*, una enfermedad

pretendidamente autónoma con diagnóstico diferencial bien establecido (Wolfe et al., 1990). Actualmente, el FMS se considera una enfermedad reumática común, dado que supuestamente están implicados músculos, tendones y ligamientos, pero no articulaciones. Su origen sigue siendo desconocido (Afari et al, 2014; Auquier, et al., 2008; Johnson, 2008).

I.3.1. EL IMPACTO EN LAS DIFICULTADES DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Aunque en gran parte de la literatura se le atribuye una etiología multicausal (Branco & Domingues, 2008; Gatchel et al., 2007; Johnson, 2008), el FMS presenta, como hemos visto, una tipología sintomatológica de tipo MUS, dado que su etiología sigue siendo desconocida. La dificultad en establecer un diagnóstico diferencial está en que el FMS comparte con otras enfermedades tipo MUS sintomatología somática primaria y comórbida médicamente inexplicada. Las enfermedades tipo MUS son muy comunes en todas las áreas de la medicina (Afari et al., 2014; Barsky & Borus, 1999; Burton, 2003; Escobar et al., 2002). Aproximadamente un tercio de los pacientes vistos en atención primaria reportan experimentar síntomas para los cuales no se encuentra una causa (Afari et al., 2014). Los FSS, en los cuales está incluida el FMS, el dolor generalizado (CWP), la fatiga crónica (CFS), los trastornos temporomandibulares (TMD) y el síndrome del intestino irritable (IBS), son un conjunto de condiciones médicas definidas por consenso de especialistas, que tienen por base criterios diagnósticos resultantes del desconocimiento o no comprensión actual de su etiología, física o biológica, y, en otra parte, por demostración inconsistente de anomalías en pruebas de laboratorio (Afari et al., 2014; Katon et al., 2001). No obstante, estas condiciones se caracterizan frecuentemente por síntomas como el dolor, fatiga, trastornos del sueño, discapacidad, son generalmente condiciones complejas presentando una multiplicidad de síntomas que se sobreponen y se comparten entre sí. Comparadas con otras condiciones médicas, estas «inexplicables» condiciones están vulgarmente asociadas comórbidamente con la ansiedad, la depresión, acontecimientos vitales estresantes y trauma psicológico en la infancia y en la edad adulta (Afari et al., 2014; Katon et al., 2001; Roelofs & Spinhoven, 2007). Además, los pacientes con FSS son más propensos a desarrollar trastornos psiquiátricos tanto en corto plazo como a lo largo de la vida (Afari et al., 2014; Arnold et al., 2019).

Las comorbilidades de las FSS específicas, frecuentemente se presentan como desafíos al diagnóstico diferencial, en la medida en que presentan una gran superposición de síntomas, especialmente las FSS como el FMS, CWO, CFS, TMD, e IBS (Aaron & Buchwald, 2003; Afari et al., 2014).

Tomando como ejemplo la presencia de puntos sensibles en un examen diagnóstico, se considera que estos están asociados con altos niveles de estrés psicológico, y representan un marcador de la tendencia en pacientes con FMS al aumento del consumo y dependencia de medicación, de sintomatología somática e inflamatoria, de visitas al médico, y de síntomas psicológicos. También se los asocia a situaciones de abuso en infancia y a la pérdida parental (Arnold et al., 2012, 2019; Fuller-Thomson et al., 2011;).

I.3.2. UN ABORDAJE PSICOBIOSOCIAL

Desde una perspectiva multicausal y multifactorial resultante de la propia complejidad del FMS, la literatura actual admite que esta solo puede manejarse adecuadamente, aunque no sin limitaciones por razones etiológicas, a partir de un abordaje multidisciplinar, por contraposición a un abordaje exclusivamente biomédico. En este sentido, el manejo de la enfermedad deberá obedecer a protocolos lo más personalizados posibles, en los cuales se encuentran contempladas intervenciones de diferentes tipos de profesionales y de diferentes modalidades terapéuticas, complementándose de forma útil y concertada para una terapéutica exitosa (Auquier et al., 2008; Gatchel et al., 2007; Rodriguez & Cano, 2001; Kato et al., 2006). El FMS resulta ser, en este contexto, un buen ejemplo en la práctica clínica y en la comprensión de la enfermedad, de un modelo de intervención biopsicosocial.

Un abordaje amplio e integrador que contemple los mecanismos de sensibilización central que afectan a la percepción del dolor, a la par con determinadas vulnerabilidades cognitivas y de personalidad parece ser, bajo este modelo, la mejor forma de comprender el FMS (Johnson, 2008).

Se supone que el FMS se debe a una alteración de la modulación del dolor a nivel del sistema nervioso central y periférico. Consecuentemente el dolor se produciría por un mecanismo de retroalimentación de tensión y espasmos musculares en la línea de la Teoría de la Puerta de Control (TPC) (Melzack & Wall, 1965; Melzack & Casey, 1968) con influencia significativa en áreas tan distintas del funcionamiento del individuo, como la regulación del sueño o de su funcionamiento psicológico. El afecto negativo y las perturbaciones del sueño

se han asociado con el FMS (Afari et al, 2014; Boersma & Linton, 2006; Gatchel et al., 2007; Ohayon, 2005; Turk & Okifuji, 2004).

Como hemos visto antes, los factores biológicos incluyen la genética, la sensibilización central, sensibilidad aumentada al estrés, umbral de dolor bajo, disfunciones neuroendocrinas interactuando con los trastornos de sueño y autoinmunidad. Sin embargo, el dolor crónico generalizado, que el FMS comparte con otras FSS tipo MUS, los factores psicológicos, emocionales y ambientales, juegan un importante papel no solo en la complejidad del FMS, sino que influyen en el desarrollo de la personalidad del individuo y en su adaptabilidad social, modulando comportamientos y percepciones del dolor, estimulándolas o inhibiéndolas. Estos pueden ser a la vez factores precipitantes, desencadenantes y de mantenimiento de la enfermedad.

Los factores psicosociales implicados en el FMS, incluyen, además del contexto social y de la personalidad, la historia previa de trauma, el afecto negativo y los recursos de afrontamiento. Estos serían los factores psicológicos y afectivos, los cuales son en general, en cuanto precipitantes, los responsables del modo en que la persona con FMS percibe y vive el dolor.

De hecho, Furlong et al. (2010) subrayan el papel decisivo de los factores psicológicos, los cuales tienen un impacto decisivo para el pronóstico de la enfermedad en términos de gravedad y de adaptación. Muchos de estos factores parecen aumentar la vulnerabilidad más en las mujeres que en los hombres. Aun cuando el FMS en hombres sea más incapacitante que en mujeres, para estas el dolor es menos soportable que para los hombres (Johnson 2008; Maeestre, et al., 2020).

Los aspectos relacionales y sistémicos del enfermo con FMS, sus competencias y habilidades sociales, son actualmente reconocidos como factores directamente implicados en las respuestas de dolor condicionando favorable o desfavorablemente su afrontamiento y su manejo. El dolor tiene una tipología fásica, una vez que puede cambiar en horas, días o semanas, siempre modulado por las circunstancias de vida de la persona con FMS. Al parecer, la modulación hormonal puede jugar un papel importante en este juego multifactorial complejo con implicaciones mutuas y transversales (Afari et al., 2014; Gatchel et al, 2007; Meester et al., 2020). Como enfermedad caracterizada por dolor crónico intenso, exacerbado y generalizado, continuo, con oscilaciones a lo largo del día, con las pacientes refiriendo que suele ser más intenso y doloroso al comienzo y al final del día

(equivalente al patrón de cambios de humor en los síntomas depresivos), sensible a factores tan sencillos como las variaciones de temperatura o de presión atmosférica (Strusberg et al., 2002), el «dolor generalizado y crónico» resulta ser el síntoma diferencial de este síndrome.

Al igual, el afecto negativo combinado con alteraciones de los mecanismos nociceptivos del dolor puede influenciar cambios neuroplásticos a largo plazo, cambios que pueden desbordar las capacidades de *coping* de las personas con FMS, resultando en ciclos de aumento y de reducción del dolor en el funcionamiento cotidiano. De ahí que desde el punto de vista psicológico se han presentado como factores precipitantes y desencadenantes del FMS, aunque no exclusivamente, las enfermedades graves, los traumas emocionales (muerte de un familiar, divorcio, conflictos y acosos en pareja intra y extrafamiliar, abuso sexual y psicológico, sobre todo en infancia, etc.), o acontecimientos físicos como agresiones violentas, infecciones, accidentes de coche, traumatismos variados, infecciones, etc. que desencadenan factores psicológicos secundarios (Afari et al., 2014; Arnold et al., 2006, 2019; De Almeida Marques, 2018, 2019; Johnson, 2008;).

De entre los factores psicológicos, la personalidad viene asumiendo alguna relevancia en la actualidad. De hecho, los rasgos de personalidad que parecen comunes a las personas con FMS de alguna manera pueden configurar una personalidad «pro dolorosa» (Gatchel, et al., 2007, Gonzalez et al., 2014; Zautra, et al 2005). Aunque actualmente no se define la personalidad específica de un paciente con FMS (Malin & Littlejohn, 2012) por falta de evidencia consistente (Meester et al., 2020), estas personas presentan determinadas características, reconocidas en contexto clínico, como tendencia al perfeccionismo, actividad excesiva, dificultades para establecer una perspectiva lúdica y placentera de la vida. Son a menudo personas fuertemente defensivas, pesimistas, catastrofistas, en estado de negación de conflictos emocionales o interpersonales, aunque se sientan abrumadas por ellos, dependientes y con necesidades algo infantiles (dependencia, necesidad de protección, descompensación afectiva), con profundas limitaciones para desarrollar estrategias y conductas de afrontamiento positivas (*coping* positivo) frente a situaciones vitales estresantes. Presentan además puntuaciones elevadas en la escala Hs, Hy y D (tríada neurótica) del MMPI (Vendrig, 2000), una tendencia que un estudio de revisión de Malin et al. (2012) confirma para el neuroticismo y la extraversión.

A nivel de la sexualidad, la intimidad del paciente está al igualmente afectada, dificultando en la persona con FMS el desarrollo de una vida sexual placentera, siendo frecuentemente causa de disfunción sexual.

Se cree que estos factores pueden ser explicados bajo un modelo diátesis-estrés (Dersh Jet al., 2002), según lo cual se admite que existen características latentes en la persona, las cuales, una vez activadas por acontecimientos vitales estresantes, una enfermedad crónica, por ejemplo, pueden generar psicopatología, la cual actúa por su vez como reforzadora del propio estrés.

Estos rasgos de personalidad se definen como patrones de conducta consolidados, que influyen en las relaciones interpersonales, en las creencias, percepciones y cogniciones con respecto al sí mismo y al medio ambiente, con evidentes implicaciones psicosociales.

I.3.3. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En cuanto a la relación entre las variables somáticas y psicosociales, la depresión y la ansiedad, aunque no exclusivas del FMS (Arnorld et al., 2006, 2012; Nicholaset al., 2009), la depresión suele ser el trastorno más común observado, sin embargo, la ansiedad puede que resulte ser lo más incapacitante (Arnold et al., 2006, 2012, 2019; Johnson, 2008). Consecuentemente, el trastorno de ansiedad que suele acompañar a cuadros de dolor crónico y en especial al FMS, pueden entenderse como reacciones emocionales resultantes del desconcierto que el dolor crónico generalizado provoca en la persona (Arnold et al., 2006, 2012; Henningsen et al., 2003). Se la considera un elemento modulador importante en el manejo del dolor en términos de adaptación y en cronicidad, resultando como factor propiciador de conductas de evitación a las interacciones sociales (Lledó-Boyer et al., 2010; 2016).

Los trastornos psiquiátricos no están directamente asociados a la depresión, pero los factores como el pasado de trauma, el *coping*, las conductas conyugales sí que parecen mediar la asociación entre la sintomatología FMS y los trastornos psiquiátricos encontrados en esta población clínica (Arnold et al., 2006, 2012; Johnson, 2008). Síndrome de fibromialgia, migrañas, síndrome del intestino irritable y síndrome de fatiga crónico comparten características fenotípicas y genotípicas con los trastornos de humor (Hudson et al., 2003). La mayoría de pacientes con FMS tiene significativas enfermedades psiquiátricas

(Arnold, 2006, 2012, 2019), de hecho, el FMS presenta una alta comorbilidad con las enfermedades de tipo psiquiátrico, especialmente los trastornos afectivos como la depresión (Arnold, 2006; Paz et al., 2020; Turk & Okifuji, 2002).

La depresión mayor parece ser el diagnóstico más frecuente, con una prevalencia a lo largo de la vida que varía entre el 62% y el 86%. Sin embargo, los síntomas depresivos están presentes en el 90% de los pacientes, afectando al funcionamiento físico y la calidad de vida de los pacientes (Arnold, 2006; Paz et al., 2020; Veltri et al., 2012), asociándose a respuestas limitadas al tratamiento en términos de reducción de la intensidad del dolor, exacerbando y agravando la cronicidad de la enfermedad (Arnold et al., 2006, 2012; Finset et al., 2004; Robinson et al., 2003), y conduciendo a estas personas a consumir más recursos sanitarios (Paz et al., 2020). Las explicaciones para esta conexión incluyen:

- a) El FMS es un síntoma de la depresión.
- b) El FMS causa depresión reactiva.
- c) Las dos condiciones comparten una patofisiología común.

El estrés psicológico constituye una intrínseca dimensión del FMS con una posible vía bidireccional. Algunos estudios han concluido que la ansiedad y la depresión parecen ser más la consecuencia que la causa de la incapacidad impuesta por el FMS (Arnold et al., 2006, Johnson, 2008). Otros han sugerido que un subgrupo de pacientes con FMS ha somatizado la depresión (Johnson, 2008; Paz et al., 2020). Estudios realizados comparando una variedad de enfermedades reumáticas, han encontrado que la depresión es más alta en el FMS. La depresión concomitante parece estar correlacionada con las evaluaciones psicológicas de los efectos de los síntomas en el funcionamiento diario de las personas con FMS (Arnold et al., 2006, 2012, 2019; Afari et al., 2014). Algunos estudios correlacionan la depresión con trastornos de la personalidad, otros con somatización, con ansiedad, con depresión anterior, o con antecedentes familiares (Afari et al., 2014; Arnold et al., 2006, 2012, 2019; Johnson, 2008).

Aunque la depresión sea el trastorno más común observado en el FMS, la ansiedad parece ser la que causa más discapacidad. En un estudio de Epstein et al., (1999), citado por Johnson (2008), los pacientes con FMS presentaban una alta prevalencia de depresión mayor y trastorno de pánico. Los trastornos más frecuentes han sido la depresión mayor, la distimia, el trastorno de pánico y la fobia simple. Asimismo, estos pacientes presentaron

altas puntuaciones en depresión, ansiedad, neuroticismo, hipocondría y deterioro funcional.

Sherman, Turk y Okifuji (2000), han examinado la prevalencia de síntomas de estrés postraumático (PTSD) en 93 pacientes con FMS, encontrándolos en el 56% de la muestra. Estos pacientes reportaron altos niveles de dolor, incapacidad, y distrés en comparación con los que no presentaban síntomas de FMS. Sherman et al. (2000) sostiene que ambos, FMS y PTSD, pueden ser el resultado de un *coping* deficiente. Para estos autores, la presión constante y exigente del afrontamiento (*coping*) de la sintomatología del PTSD aumenta el peligro de que una condición de dolor se vuelva crónica. Aunque probablemente haya una superposición entre PTSD y *distrés* afectivo, la PTSD presenta un número considerable de síntomas distintos, característicos de la respuesta por estrés traumático, como pensamientos intrusivos, miedo intenso, respuesta vagal aumentada y agorafobia (Afari et al., 2014; Arnold et al., 2006, 2019; Fuller-Thomson et al., 2011; Haviland et al., 2010; Johnson, 2008). En este sentido, las respuestas desadaptativas a los eventos traumáticos, comparten con otros FSS, especialmente el FMS, un conjunto de síntomas como hiperexcitabilidad, hipervigilancia y trastornos de sueño como el insomnio, que suelen observarse en personas con síndromes de dolor crónico.

Brosschot y Aarsse (2001) han demostrado que, en comparación con mujeres sanas, las pacientes de FMS presentan tendencias al procesamiento emocional restrictivo, elevadas defensividad y alexitimia, con síntomas disociativos autonómico-afectivos, más respuestas fisiológicas que afectivo-emocionales, así como una preponderancia a realizar atribuciones somáticas a los síntomas. Esta tendencia ha sido confirmada en el estudio de De Almeida Marques et al., (2019), pudiendo revertirse utilizando la hipnosis. Esto puede representar una inclinación psicosocial de esta población ya referenciada desde finales de los años 90 del siglo pasado (Hellstrom et al., 1999, estudio sueco citado por Johnson, 2008) y que actualmente se confirma por los temas dominantes de las entrevistas realizadas a esta población clínica, en las que se constata el deseo de validación de la enfermedad por los médicos y otros significativos, o en el sentimiento de haber caído en una enfermedad invisible pero muy incapacitante, y en una tentativa predominante de encontrar explicaciones biomédicas: «Todo estaría bien en sus vidas si no fuera por el FMS».

Desde el punto de vista psicosocial y afectivo, alguna literatura especula que el FMS pueda resultar ser una estrategia para evitar ciertas exigencias excesivas que los propios pacientes se han autoimpuesto. Este tipo de perfeccionismo, probablemente característico

de ciertos rasgos de personalidad de tipo anancástico, bien conocidos de la literatura, implica, además de ser igualmente presente en síndromes como la fatiga crónica (CFS), que estas personas no toleran el rendimiento reducido (Auquier et al., 2008; Arnold et al., 2006, 2019; Van Houdenhove et al., 1994; Van Houdenhove, 2000, 2001, 2002, 2008). En línea con la hipótesis de las ganancias secundarias, algunos autores proponen que estos pacientes desarrollan un sistema de autoprotección indirecto, a través del «estar enfermo», mediante el cual “eligen” ser pacientes para terminar con las situaciones resultantes de una vida, auto o hetero impuesta, demasiado difícil (Johnson, 2008; Van Houdenhove, 2002, 2005, 2006).

I.3.4. AFRONTAMIENTO

Davis, Zautra y Reich (2001) compararon 50 mujeres con FMS y un grupo de control con dolor crónico derivado de osteoartritis, en estrés social negativo, encontrando que el grupo con FMS tenía escasos recursos de afecto positivo y recurría a estrategias de afrontamiento basadas en la evitación, en mayor número que el grupo de control. Presentaban además una escasa red social de apoyo, así como vínculos sociales pobres. Los dos grupos presentaban niveles comparables en nivel del dolor y características de personalidad. Sin embargo, las mujeres con FMS parecen ser más vulnerables al estrés. Este estudio pone de manifiesto las escasas competencias en términos de afrontamiento de las pacientes con FMS, lo que conlleva un problema clínico importante en el abordaje de la enfermedad y en su tratamiento.

El afrontamiento (*coping*) se define como el esfuerzo de manejo que la persona hace a nivel cognitivo y conductual para hacer frente a las situaciones vitales estresantes. En el ámbito del dolor crónico, puede ser entendido como las habilidades que miden el grado de adaptación del sujeto con dolor a la situación vital o estado emocional, afectivo-adaptativo o cognitivo-adaptativo. Se dirige tanto al problema generado por las condiciones que el sujeto percibe como amenazantes, o situarse en la respuesta emocional generada con dichas situaciones. Puede ser negativo (evitante) o positivo (de aceptación) dependiendo de las estrategias desarrolladas por el sujeto. En general, aunque con alguna inconsistencia a nivel de la literatura, las estrategias activo-positivas de afrontamiento se correlacionan favorablemente con un mejor ajuste del paciente a la enfermedad (Litt et al., 2009).

La «autoeficacia», el constructo cognitivo que mide el esfuerzo de adaptación y autorregulación físico y psíquico del sujeto, se define como el conjunto de expectativas (creencias) y habilidades del sujeto para controlar las variables del agente estresor (Miles et al., 2011; Solberg et al., 2009). Autoeficacia y coping en el FMS están directamente correlacionados. Cuanto mayores son los niveles de percepción de autoeficacia, mejores las expectativas en cuanto al tratamiento, mayores niveles de satisfacción, menor intensidad del dolor, disminución de las conductas de dolor, menor discapacidad funcional y mayor actividad física (Denison et al., 2007; Dobkin et al., 2010; Lledó-Boyer et al., 2010; Van Houdenhove & Luyten, 2008).

El «catastrofismo», muy frecuente en pacientes con FMS, se define como un factor o variable cognitivo que se enmarca en las estrategias pasivo-negativas del afrontamiento en general y del dolor en particular, y como una de las variables que mejor explican los resultados del tratamiento en dolor crónico, siendo incluso más importante que la variable intensidad del dolor (Edwards et al., 2004; Veltri et al., 2012). Responsable por la cronificación del dolor como factor predisponente, resulta de una visión extremadamente negativa, rumiada, magnificada y asociada a una sensación permanente de falta de control (indefensión) del sujeto de cara a su dolor. Resulta ser una respuesta pobre de coping, y generalmente se encuentra asociado con un aumento de la sensibilidad al dolor, conduciendo a una exacerbación bidireccional de la experiencia de dolor (Jensen et al., 2010). Johnson (2008) refiere algunos estudios que refuerzan esta perspectiva: Thieme K, Turk DC, Flor H. (2004) han concluido que las enfermedades psiquiátricas no estaban directamente asociadas con el FMS, pero los factores como un pasado de trauma, coping y conflictos conyugales parecen mediar la asociación entre los síntomas de FMS y los trastornos psiquiátricos. Zautra, Fasman, et al. (2005) encontraron evidencias que indican que más que un exceso de rasgos negativos, como el neuroticismo, el FMS puede implicar una dificultad en reducir el afecto negativo y construir una respuesta afectiva resiliente y positiva.

Consecuentemente, el catastrofismo puede aumentar la percepción del dolor, a través de la mayor atención e identificación a los estímulos dolorosos y aumento de las respuestas emocionales (Buenaver et al., 2008; Sullivan et al., 2001; Veltri et al., 2012). Los resultados enseñan que el catastrofismo influencia la percepción del dolor a través de la alteración de la atención y de la anticipación negativa y evitativa, con el aumento reiterado de las respuestas emocionales negativas al dolor. Se cree que el catastrofismo se asocia con la

personalidad, y por eso mismo parece mantenerse estable en el tiempo (George et al., 2008). Resumiendo, se encuentra de manera previsible y magnificada (visión exageradamente negativa y desproporcionada de la realidad) como constructo consistente en poblaciones con dolor crónico. Se asocia con la rumiación constante y obsesiva (el dolor es el centro a partir del cual todo gira) y con una sensación constante de indefensión, dada la imposibilidad del sujeto controlar el dolor. Parece ser más característica en el FMS que en otros FSS (Johnson, 2008; Kratz et al., 2007).

El catastrofismo influencia al igual el tipo y calidad de la creencia que el sujeto tiene a respecto de su conducta con relación a sus resultados: el «locus de control». Este representa el nivel control percibido sobre la salud de la persona, influyendo sobre su grado de adaptación o no al dolor. El locus de control puede ser:

- Interno (cuando la persona cree que con su conducta puede influir en el curso de la enfermedad).
- Externo (la persona cree que el principal factor de influencia en el curso de la enfermedad es un agente externo).
- Otros poderosos y el azar (al igual que el externo, la persona cree que las conductas de otros, el destino o la suerte influyen en el curso de la enfermedad).

Un ajuste psicológico-adaptativo-funcional del paciente con FMS le devolvería su autonomía, su locus de control, estimulándola a ser agente comprometido con la evolución sostenible y bien adaptada a la enfermedad, reduciéndole sus impactantes efectos negativos, distanciándola de una actitud de evitación y resignación sistemáticas hacia la enfermedad (Furlong et al., 2010; Kratz et al., 2007; Vowles et al., 2007; Zautra et al., 2005, 2007).

I.3.5. VIVENCIAS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICAS: EL PAPEL DEL TRAUMA COMO FACTOR PREDISPONENTE, PRECIPITANTE Y DE VULNERABILIDAD.

Los eventos traumáticos incluyen abuso de naturaleza física, psicológica, emocional-afectiva, y sexual, mantenida durante la infancia o edad adulta, exposición al combate, y abuso de tipo indiferenciado. El trastorno por estrés postraumático (PTSD) está incluido dado que requiere exposición a un evento traumático.

Según la hipótesis del trauma (Afari et al., 2015; Brown & Anderson, 1991; Browne & Finkelhor, 1986; Brown et al., 2005; Ciccone et al., 2005; Davis et al., 2005; Fernandes et al., 2011; Filippon et al., 2013; Fuller-Thomson et al., 2011; Häuser et al., 2011; Haviland et al., 2010; Roelofs & Spinhoven, 2007; Sansone et al., 2009) y su influencia en el desarrollo de conductas de dolor, los elevados niveles de somatización y de depresión presentes en poblaciones clínicas con FMS pueden no derivar únicamente de los síntomas físicos inherentes a la patología, sino asociarse a situaciones de abuso psicológico, emocional o físico, mayormente el abuso sexual en infancia (Filippon et al., 2013; Fuller-Thomson et al., 2011; Gladstone et al., 2004; Hauser et al., 2011; Kearney-Cooke & Ackard, 2000; Raphael et al., 2004, 2005). Aunque el trauma haya sido comprendido casi exclusivamente vinculado a acontecimientos vitales estresantes, se reconoce actualmente que los estresores traumatizantes que no producen lesiones físicas o cuyo impacto no sería inmediatamente reconocido en el contexto de dichos acontecimientos pueden igualmente tener efectos profundos en el cuerpo de la persona que los padece, a consecuencia de su impacto psicológico-afectivo. De hecho, un evento no extremo como el estrés continuado en el trabajo puede producir igualmente efectos discapacitantes de alto impacto en la persona que los sufre, generando patología. La dificultad actual para encontrar una definición consensuada de trauma suficientemente comprehensiva constituye un problema. Para un mismo estresor, el abuso sexual, por ejemplo, la variación en las respuestas puede incluir el trauma y la evitación a la actividad sexual o bien así su contrario, potenciando situaciones de hipersexualidad (Weathers & Keane, 2008).

Un área de investigación de gran potencial es la asociación de FSS con el trauma psicológico. Sumándose al estrés psicológico que generalmente suele acompañar la exposición al trauma (Afari et al., 2015; Fernandes et al., 2011), el trauma reportado es consistentemente asociado con FSS y otros resultados de salud (Afari et al., 2015; Aggarwal et al., 2006; Fernandes et al., 2011; Roelofs & Spinhoven, 2007). Conexiones significativas entre trauma reportado y FSS están demostradas para los dos tipos de trauma experimentado, en edad adulta y en infancia (Afari et al., 2015; Fernandes et al., 2011; Katon et al., 2001). A pesar de ello, la gran parte de estos estudios sobre trauma en infancia

son metodológicamente débiles, limitando en consecuencia sus conclusiones (Afari et al., 2015; Romans & Cohen, 2008). Una gran parte de los estudios son transversales y recurren a datos de autoinforme (Raphael et al., 2004; Raphael, 2005). Los pocos estudios que existen encuentran apenas una baja a modesta asociación entre FSS y trauma infantil (Afari et al., 2015; Raphael et al., 2004; Raphael 2005; Romans & Cohen, 2008). Una revisión reciente sugiere que casi todos los estudios que estudian la asociación del abuso con FSS son de baja calidad (Afari et al., 2015; Romans et al., 2008).

Afari et al. (2015) refieren dos estudios de metaanálisis que han revisado e intentado evaluar la fuerza de la asociación entre trauma y FSS, pero limitan su búsqueda al abuso sexual como tipo predominante de trauma (Paras et al., 2009) o al FMS como FSS específico (Häuser et al., 2011). Como subrayan Afari et al. (2015), ninguno de estos dos metaanálisis examina las potenciales similitudes o diferencias en como las FSS específicas se relacionan con el trauma. De igual modo, no resulta claro si la asociación entre trauma y FSS es el resultado de la exposición al trauma, o derivadas del modo como una persona responde a los eventos traumáticos, por ejemplo, el miedo intenso, el entumecimiento, la reexperimentación, y/o la evitación.

El trastorno por estrés postraumático (PTSD) es una condición psiquiátrica que requiere exposición a un evento traumático y una respuesta cognitivo-comportamental específica y adquirida con relación al trauma. En cuanto los mecanismos exactos que subyacen a la relación trauma psicológico, PTSD, y FSS se necesita todavía más investigación (Afari et al., 2015). Goldberg y Goldstein (2000) han encontrado evidencias de alta prevalencia de trauma en poblaciones de dolor crónico. Estudiando un grupo de 92 pacientes con dolor crónico, con edades entre los 20 y los 62 años, incluyendo pacientes con FMS, encontraron que estos son más propensos a tener una historia de abuso físico, sexual y verbal que el grupo control, en este caso constituido por funcionarios de hospital. Se estima que el 25% de la población de EEUU ha sufrido probablemente abuso en la infancia y que la prevalencia de este tipo de abuso es dos veces superior en la población que sufre de dolor crónico (Johnson, 2008). Los factores de riesgo para el abuso incluyen la edad, el género, y el ambiente familiar temprano.

La asociación entre diferentes tipos de trauma físico, psicológico y sexual con los diferentes tipos de dolor crónico, especialmente el FMS, ha sido frecuentemente reportada, especialmente desde los años 90 del siglo pasado (Johnson, 2008). Se cree que el FMS está asociado a elevadas prevalencias de abuso sexual en infancia. Goldeberg y Goldstein (2000)

han examinado la relación entre eventos traumáticos en la infancia, entre otros tipos de trauma, en pacientes con FMS. Estos últimos han reportado tasas significativamente más altas de abuso con relación a los grupos de control. En la literatura (Afari et al., 2015; Brown & Anderson, 1991; Brown et al., 2005; Browne & Finkelhor, 1986; Ciccone et al., 2005; Davis et al., 2005; Fernandes et al., 2011; Filippon et al., 2013; Fuller-Thomson et al., 2011; Haviland et al., 2010; Hauser et al., 2011; Roelofs & Spinhoven, 2007; Sansone et al., 2009), se encuentra frecuentemente que las mujeres que han experimentado abuso sexual en la infancia reportan un número elevado de áreas de dolor, visitas al médico, y más cirugías y hospitalizaciones que la población en general. Todos los grupos investigados que presentaban síntomas bien caracterizados de dolor crónico facial, miofacial y FMS han reportado haber sido expuestos a un alto grado de violencia intrafamiliar y exposición a situaciones de alcoholismo por parte de otros significativos (Johnson, 2008). Walker et al. (1997) encontraron que los pacientes con FMS tenían más altas tasas de victimización, en estado adulto y en infancia, en comparación con un grupo de pacientes con artritis reumatoide. También encontraron que el abuso sexual no tenía especial relevancia, pero que las experiencias de agresión física en adultos han mostrado una fuerte y específica relación con un dolor inexplicable. El trauma severo ha sido correlacionado significativamente con alta prevalencia de discapacidad física, distrés psiquiátrico, altos niveles de discapacidad física y psicológica-afectiva-emocional con manejo inadecuado de la enfermedad, trastornos de personalidad, y trastornos del sueño en pacientes con FMS, pero no con artritis reumatoide (Walker et al., 1997; Johnson, 2008).

Sin embargo, como hemos referido antes, los resultados son contradictorios y presentan sesgos significativos desde el punto de vista metodológico, impidiendo su generalización. Tales inconsistencias son menos expresivas con respecto a la población que sufre de FMS. Ciccone et al. (2005) se encuentran entre los autores que han intentado solucionar este problema, especialmente en el ámbito del del papel del abuso en infancia, demostrando que mujeres con FMS tenían 3,1 veces más posibilidades de haber sido violadas que los grupos de control. No han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres del grupo FMS abusadas y no abusadas en cuanto a la gravedad de los síntomas de FMS, aunque en las abusadas la propensión a presentar síntomas de depresión mayor es superior. Igual ocurre con los síntomas de PTSD que parecen mediar los factores de riesgo para desarrollar FMS, y por eso consideran posible

que la violación y el estrés postraumático estén implicados en la etiología del FMS (Ciccone et al., 2005; Johnson, 2008).

Finalmente, otro aspecto relativo al trauma y FMS que respecta a nuestra investigación tiene que ver con las distintas formas y grados de manifestación de esta población clínica con respecto a los acontecimientos vitales potencialmente traumáticos (PTLE), los definimos así para distinguirlos del tipo de eventos que se reconocen inequívocamente como eventos causantes de trauma extremo. Ya sabemos que el trauma no parece depender tanto de los acontecimientos *per se* sino de la sensibilidad y idiosincrasia de la persona que los experimenta. En nuestros resultados encontramos muchos de estos acontecimientos autoatribuidos como causa del FMS (De Almeida Marques et al., 2019, 2020, 2021). Algunos se referían a estrés en el trabajo. En este sentido, y confirmando nuestros hallazgos, en 2004, Kivimäki et al., citado por Johnson (2008), ha demostrado que el estrés en el lugar de trabajo también puede contribuir para el riesgo aumentado de FMS. Estos autores realizaron un estudio prospectivo con 4791 funcionarios de hospital (88% de mujeres, edad media de 43,3 años) para determinar la existencia de nuevos casos de FMS de 1998 a 2000: la sobrecarga, las limitaciones al espíritu de iniciativa y a la oportunidad para la toma de decisiones, y, especialmente, el *mobbing* han sido asociados al doble o incluso al triple de riesgo de desarrollar FMS por primera vez (Johnson, 2008; Kivimäki et al., 2004, 2015).

I.4. TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento del FMS, en los años ochenta, se generaron grandes y optimistas expectativas, pero la evidencia resultó escasa: la gran mayoría de las terapias simplemente no funcionaban o presentaban beneficios poco significativos. Dadas las dificultades e inconsistencias resultantes de la evaluación de eficacia del amplio abanico de posibilidades terapéuticas en el abordaje del FMS, no existe hasta hoy, desde un punto de vista estrictamente experimental, una propuesta unánime sobre qué alternativas pueden ser más eficaces. Más que basadas en la evidencia, los factores de contexto clínico y factores como la preferencia terapéutica en la actualidad parecen ser lo que prevalece en las elecciones terapéuticas (Häuser, 2009).

Para comprender mejor la forma como ha evolucionado el tratamiento, desde el inicio hasta la afirmación de la terapia cognitivo-conductual (CBT) como herramienta privilegiada desde el punto de vista psicológico y conductual en el combate a los efectos nocivos del FMS, hay que retornar al proceso de evolución y de comprensión de los mecanismos implicados en el dolor crónico.

Como bien subrayan Esteve y Ramírez (2003), las primeras explicaciones del proceso nociceptivo estaban adheridas al modelo clásico, mecanicista, cartesiano, lo cual sostenía

una relación isomorfa, unidireccional subsecuente entre el tejido lesionado y el dolor. Gracias al desarrollo de la teoría de la puerta de control (TPC) de Melzack y colaboradores (Melzack & Casey, 1968; Melzack & Wall, 1965), tenemos actualmente una comprensión de los mecanismos del dolor más dinámica y ajustada a la realidad de las FSS en las cuales se encuentra el FMS. Sumariamente, la TPC postula la existencia en la medula espinal de un mecanismo que funciona como una puerta que puede abrirse o cerrarse facilitando o impidiendo la transmisión del dolor. Consecuentemente, se considera que el dolor es una experiencia compleja formada por tres dimensiones (Esteve & Ramirez, 2003):

- La dimensión sensorial-discriminativa, que se refiere a las características físicas del estímulo, es decir a la localización del daño, a su intensidad y a su magnitud;
- La dimensión motivacional-afectiva que alude a las emociones desagradables asociadas al dolor;
- La dimensión cognitiva-evaluativa que integra y modula las dimensiones anteriores, y se refiere a la interpretación y valoración global que se hace del dolor. Aquí están implicadas las experiencias anteriores, pensamientos, creencias, valores y otras variables cognitivas.

A diferencia de teorías anteriores, el dolor ya no se concibe como una sensación simple que se transmite directamente al cerebro. Se considera que la misma se puede modificar dependiendo del tipo de intervención que se haga, o modificando la sensación dolorosa al nivel de la medula, a través de técnicas específicas como la relajación o la hipnosis, por ejemplo, o interviniendo a nivel de los centros superiores del cerebro, aumentando o disminuyendo las señales de dolor, dependiendo de la evaluación que se hace como desafío o como amenaza (Esteve & Ramírez, 2007; Gatchel et al., 2007).

Después de la reformulación hecha por Melzack que ha rediseñado su teoría, que ha vigorado por más de 25 años, bajo el concepto de «neuromatriz corporal» (Melzack, 2005), con la intención de presentar una teoría integradora de las tres dimensiones del dolor antes referidas, representándolas como red neural. En línea con los recientes hallazgos en neurociencias, esta red neural conecta tres zonas del cerebro implicadas en la experiencia del dolor: el tálamo, la corteza cerebral y el sistema límbico. Se confirma de esta forma la multidimensionalidad de la experiencia dolorosa. Su optimismo en cuanto a la posibilidad de manejar y modificar los mecanismos del dolor se extendía hasta su posible

predeterminación genética, actuando en interacción con la experiencia en sentido epigenético (Esteve & Ramírez, 2003; Gatchel et al., 2007).

El modelo cognitivo-conductual aplicado al dolor (CBT) ha emergido de estos avances en la concepción del dolor y por supuesto superado las limitaciones de la TPC. Con él, los factores cognitivos, afectivos, conductuales y homeostáticos (como el estrés) están debidamente considerados. Considerados con el mismo grado de importancia están los cuatro componentes de la acción, a saber, creencias, emociones, actitudes y conductas. La teoría «neuromatriz» también fue asociada con éxito al modelo transaccional del estrés concebido por Lazarus y Folkman (1984) que sucintamente concibe el dolor como una experiencia estresante, permitiendo un nuevo ángulo de abordaje más comprehensivo e integrador de la experiencia del dolor.

La CBT resulta ser el tratamiento que, bajo los métodos de evaluación experimental de la ciencia basada en evidencia, parece presentar mayor eficacia. Parece ser que sus técnicas influyen positivamente en el procesamiento psicológico, en términos de percepción y funcionamiento del dolor, revirtiendo las vías descendientes del dolor en la medula espinal de la persona con FMS (Johnson, 2008).

Se acepta que los objetivos para el tratamiento del FMS se centran en la reducción o alivio del dolor, en adquirir equilibrio emocional, en mejorar la actividad física y otros problemas asociados (Montoya et al., 2010; Arnold et al., 2012; Turk & Okifuji, 2002). Actualmente, desde una perspectiva biopsicosocial, se propone que los tratamientos deben de ser multidisciplinarios y multimodales (Lami et al., 2013), pudiendo incluir tratamiento farmacológico, psicoeducación con respecto al síndrome, actividad física moderada y finalmente intervención psicológica o psicosocial (Clauw, 2014; Goldenberg et al., 2014).

Con respecto a las intervenciones psicológicas, algunos autores han analizado la eficacia de la CBT (Paz et al., 2020): la revisión de Glombiewsky et al. (2010) con respecto a la CBT indica la presencia de un tamaño de efecto pequeño, a corto y largo plazo, con relación a la reducción del dolor (Häuser, 2009) refiere que los efectos se mantienen visiblemente a corto plazo, en cuanto a síntomas de ansiedad, depresión, estado de salud en general y mejora de la autoeficacia; Lange et al. (2011) refieren mejoras a medio plazo y seguimiento en seis meses. En resumen, todos los tratamientos analizados han demostrado una eficacia similar en la reducción de los síntomas depresivos, aunque la CBT presenta los más grandes tamaños de efecto a cortoplazo, en cuanto a la reducción del dolor. Otro metanálisis

(Bernardy et al., 2010) revela su eficacia en la mejora de la auto-eficacia, el dolor, y los síntomas depresivos, pero con un tamaño de efecto pequeño en la reducción del dolor y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes (Paz et al., 2020).

Después de muchas décadas de estudio de los tratamientos del FMS, una de las principales limitaciones consistió en subestimar la complejidad de la enfermedad, lo cual ha resultado en la falta de tratamientos específicos (Woolf, 2011; Wolfe, 2018; Paz et al., 2020). Los tratamientos deben adaptarse a las necesidades de los pacientes y sus especificidades y características psicológicas, llevando en consideración su funcionamiento físico y especialmente sus síntomas depresivos (Alegre et al., 2010; Paz et al., 2020). La terapia breve en formato de grupo es hasta ahora el tratamiento estándar en el SFM. Algunas de las técnicas empleadas predominantemente consisten fundamentalmente en cuatro tipos (Paz et al., 2020):

- Psicoeducación, que además de incluir la información detallada sobre el FMS, se centra en los diferentes medios para afrontar y manejar la enfermedad y sus comorbilidades, como la depresión, la ansiedad, la tensión muscular, la inactividad, la evitación, y las implicaciones del pensamiento distorsionado en el desarrollo y mantenimiento del dolor (Comeche et al., 2010).
- Relajación, consistente en técnicas de respiración diafragmática y muscular progresiva (relajación progresiva) para el manejo adecuado del dolor controlando su morbilidad y reduciendo sus efectos discapacitantes (Arnold, 2012; Mease et al., 2008; Moix & Casado, 2011; Moix & Kovacs, 2009).
- Activación conductual, mediante la cual se exploran y evidencian los diferentes elementos implicados en las conductas en general y del dolor en especial. Se busca demostrar las conexiones entre la inactividad en relación con las emociones y los pensamientos asociados a la depresión y a el FMS. El objetivo principal consiste en estimular la activación de la persona con FMS a diferentes niveles: psicológico, físico y emocional. Se elaboran registros de conducta, acompañados de tareas prioritarias y de la involucración gradual de la persona, a diario, en tareas placenteras (Dimidjian et al., 2011).
- Reestructuración cognitiva, que se orienta a comprender la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos, reestructurándolos de forma adaptativa. El énfasis se pone en la comprensión de la conexión entre

emociones y reacciones corporales (procesos de conversión o de somatización). Igual, en la identificación y modificación de las creencias desadaptativas y identificación y gestión de los pensamientos automáticos negativos, relacionados sea con las comorbilidades como la depresión, o a ansiedad, sea con el FMS (Beck, 2011).

A pesar de algunos buenos resultados y muchas limitaciones identificadas, actualmente la literatura actual se inclina a la idea de que la psicoterapia individual de largo plazo parece producir grandes tamaños de efecto en esta población, sobre todo en la reducción del dolor y en la mejora de los síntomas depresivos (Paz et al., 2020). Pero, por encima de todo, los tratamientos psicológicos personalizados (Turk & Okifugi, 2002; Paz et al., 2020), pueden ser los que mejor se posicionan para lograr mejores resultados, respetando la dimensión altamente compleja de la enfermedad, derivada de su condición biopsicosocial. Más, el foco depositado en conductas específicas, pensamientos y emociones que caracteriza la intervención psicoterapéutica de la CBT, ha probado ser de eficacia limitada. Paz et al. (2020) proponen, y esa también es nuestra opinión, que un acercamiento terapéutico dirigido al impacto de la enfermedad en la identidad de la persona que desarrolle FMS, incluso por temas como la personalidad y la cronificación, puede ser más eficaz, al menos en la disminución de los síntomas depresivos, que un abordaje basado en *guidelines* normalizadas. De hecho, en nuestra propuesta por el uso de la hipnosis exploratoria como estrategia psicoterapéutica efectiva, este principio se encuentra contemplado, lo que puede garantizar efectos beneficiosos de largo plazo. A esto nos referiremos en el apartado siguiente, dedicado íntegramente al estudio de la hipnosis desde el punto de vista clínico.

Una reciente versión de la CBT, la CBT de tercera generación, la Teoría de la Aceptación y compromiso (ACT), menos normalizada y más adaptativa, parece poder aportar otras dinámicas reestructurantes de la relación del enfermo de FMS con su dolor. Esta es una terapia que se centra más en promover los valores personales del individuo, alterando la función de pensamientos, sensaciones, emociones y recuerdos que producen malestar, que reducirlos o modificarlos. Su objetivo se centra en estimular la resiliencia y el aprendizaje cooperativo a través de la aceptación y del compromiso con su desarrollo personal frente al dolor, promoviendo la apertura a las oportunidades que esta condición conlleva para la efectividad de este desarrollo (McCraken et al., 2003).

La aceptación es un constructo conductual que estimula la implicación del paciente en las actividades diarias a pesar de la presencia del dolor, aceptando que las estrategias pasivas y de evitación son completamente ineficaces, promotoras de cronificación. Para este efecto, el recurso no solo a las modalidades clásicas de relajación, sino la meditación bajo técnicas de mindfulness, facilita una postura atencional hacia la propiocepción, la cual parece facilitar la gestión y consecuentemente el afrontamiento positivo de las diferentes dimensiones del dolor, especialmente la sensorial, afectiva y cognitiva. De este modo, se contribuye a reducir el sufrimiento, volviendo el dolor más soportable. Esto implica de la persona con FMS un compromiso de afrontar y manejar la sintomatología dolorosa, independientemente del tipo y grado de dificultades que su dolor le imponga (García-Campayo et al., 2009). En el apartado de hipnosis volveremos a este abordaje.

Otra teoría prometedora es la Teoría de Constructos Personales (TCP), la cual puede aportar nuevas dinámicas más ajustadas a la realidad específica del paciente con FMS, como reclama Paz et al., 2020. Su estrategia consiste en promocionar un acercamiento idiográfico que considera las características únicas de la identidad de la persona y los significados interpersonales implicados, como objetivo principal de sus intervenciones. Cada persona construye los eventos de diferentes maneras dependiendo de sus sistemas de construcción personal (Paz et al., 2020). La TCP aspira a reconstruir significados a propósito de sí mismo, de otros significativos y eventos relevantes, contando con apoyo empírico sobre su eficacia, reportado en varios metanálisis, (Paz et al., 2020). Sus estrategias se centran en el análisis de las narrativas de los pacientes con respecto a su experiencia de enfermedad (recordamos que, a falta de una etiología para el FMS, las quejas de los pacientes en modo autobiográfico es el material diagnóstico privilegiado desde la identificación de la enfermedad). Las quejas de dolor por parte de los pacientes, la evitación emocional que suele caracterizar sus conductas y actitudes, los conflictos interpersonales, la ambivalencia manifestada en cuanto al cambio necesario que hace de la enfermedad un refugio, sus teorías o (mal)interpretaciones de su problema y sus posibles soluciones, son los temas y respectivos procedimientos a seguir que se someten al análisis terapéutico de la TCP, en términos de su coherencia, de su significado e identificación, desconstrucción y solución de los dilemas implicados. Esto implica una implicación del paciente desde el inicio del proceso terapéutico en la terapia, y obliga a una participación muy activa, de terapeuta y paciente a lo largo de todo el proceso (Paz et al., 2020).



II. Hipnosis clínica, ¿qué utilidad terapéutica y diagnóstica tiene?

II.1. HIPNOSIS. CONSIDERACIONES HISTÓRICAS, CONCEPTUALES Y CLÍNICAS

En este primer capítulo se aborda, a nivel histórico, conceptual y clínico la naturaleza de la hipnosis, así como su utilidad clínica en términos evolutivos. Los contenidos de este capítulo se organizan en tres secciones, en las que se recogen los siguientes temas: su naturaleza controvertida; la hipnosis clínica como posible psicohipnoterapia (Whatkins, 2007; Barabasz & Watkins, 2012); cuestiones clínicas y metodológicas; hipnosis y su relación con el trauma y el dolor crónico; evaluación psicológica en hipnosis clínica; confabulación y credibilidad de los resultados obtenidos bajo hipnosis. Para contestar a estos temas hemos tenido como referencia dos obras de carácter clínico relevantes por su importancia, actualidad y exactitud para sustentar nuestras concepciones sobre hipnosis clínica. Me refiero a Barber (1999) de orientación más cognitivo-conductual; y a Hawkins (2007), más progresista y contemporáneo, de clara inspiración dinámica y eriksoniana.

II.1.1. LA NATURALEZA CONTROVERTIDA DE LA HIPNOSIS

Intentar caracterizar la hipnosis en cuanto saber es, gracias a su historia y objeto, una tarea verdaderamente difícil. Podremos considerarla polifacética y su alcance está condicionado por la diversidad de sus aplicaciones: desde el espectáculo, pasando por la investigación experimental y finalmente por la clínica, se puede afirmar que su naturaleza controvertida resulta de este universo de aplicaciones, de la tentativa de delimitación de las mismas, aunque sea en el dominio de la salud y del conocimiento de las potencialidades de la mente humana.

Dos siglos después del incomprendido Mesmer y de sus teorías del magnetismo animal, 150 años después de conocido el término «hipnosis» (Lamas, 1999), la labor emprendida por los más eminentes sabios provenientes de todos los dominios de del conocimiento y de la ciencia, desde la filosofía a la medicina y a la psicología, buscando para la hipnosis el reconocimiento y atribución de un estatuto respetable que merece, que definitivamente la liberara del peso del menosprecio de la comunidad científica y académica, sigue todavía sin realizarse. A pesar de la existencia de respetables publicaciones de carácter clínico y experimental, como la *American Journal of Clinical Hypnosis* o la *International Journal of Clinical y experimental Hypnosis*, esta última de la *American Psychological Association (APA)*, en la cual hemos publicado nuestro primer artículo, que desde hace décadas están enteramente dedicadas al estudio de la hipnosis, de sus métodos y eficacia, la hipnosis no ha logrado afirmarse en el *mainstream* de la cultura científica dominante, ni tampoco convencer a la opinión pública de sus méritos clínicos que no deben de confundirse con artilugios de magia u otros poderes de tipo sobrenatural. En tal panorama se refleja también la falta de estímulo a la investigación, las limitaciones a la financiación de proyectos cuyo método y objeto se definan como «hipnosis», por no considerarse prioritaria y útil, así como el rechazo instintivo de las revistas mejor indexadas, poco permeables al uso de la hipnosis en dominios donde no está bien aceptada.

La tremenda odisea que hemos enfrentado para hacer publicar nuestro trabajo, demuestra muy bien el poder del prejuicio académico y científico que todavía perdura en materia de hipnosis. Esta actitud sospechosa de la cultura científica dominante, heredada de los supuestos epistemológicos positivistas de la ciencia dura y sus paradigmas, los cuales se han extendido, en nombre de una cierta idea de «credibilidad científica», a las ciencias sociales, como la Medicina y la Psicología, promueve la prolongación del prejuicio. Tal

actitud implica un deterioro de característico de las ciencias sociales, a saber, la apertura a lo humano y al conocimiento como un todo. Obviamente que la extensión de este prejuicio reduce cada vez más el alcance y la credibilidad de las ciencias sociales.

En este sentido, la innovación es generalmente sacrificada en esta inmersión de las ciencias sociales aprisionadas en el *modus operandi* del *mainstream* epistemológico. El valor de la investigación científica supone no solo innovación sino desafío al prejuicio, lanzar una mirada heurística retando la aceptación acrítica de lo que ya está dado. Como subraya Karl Popper (2002), no solo porque ya está dado, sino porque la esencia del conocimiento y de su método es revisión, falsificación y reconstrucción permanente de los supuestos en los que asienta el conocimiento científico.

La ciencia reclama neutralidad, ¡y aun así la cultura científica dominante es todo menos neutral! Como ha demostrado Habermas (2007), una ciencia no neutral es necesariamente «ideología». Lo podemos constatar no solo en la filosofía de aceptación y producción de artículos, en la atribución de becas, en la financiación de la investigación, incluso en la forma como las editoras gestionan el *open source*, generando en torno a la cultura científica actual un negocio provechoso para el negocio de las publicaciones científicas, a coste de la inversión pública. De esta manera, las novedades están menos accesibles, y el conocimiento es menos democrático. En esta feria de vanidades, la hipnosis con su larga y venerable tradición no encuentra respaldo. Quizás, tengamos la suerte de que las señales actuales de resistencia que las instituciones públicas parecen mostrar, a la par que la reacción desmesurada de la cultura científica dominante para mantener sus feudos ideológicos, sea de hecho, según la lógica de Kuhn (1962), el estertor de un paradigma caduco ante la emergencia de uno nuevo, basado en una nueva cultura más innovadora y democrática que le sustituya.

Nuestras reflexiones anteriores y las que se siguen pueden aclarar lo que debe entenderse por naturaleza controvertida de la hipnosis. Ellas nos conducen al origen mismo de la hipnosis, a su historia y su evolución, en un ejercicio constante de firmar sus créditos como saber (Barabasz et al., 2012). Pero, por otro lado, ilustran lo que debe entenderse por «hipnosis contemporánea», y lo que debe entenderse por su esencia libre y democrática según el paradigma clínico actual. La verdad es que la hipnosis tampoco ha resultado indemne a la influencia de los diferentes movimientos culturales, al progreso del conocimiento como un todo, marcado por la libertad y por el respeto a la humanidad del humano. Aun así, hay algo en ella que desafía el tiempo y desconcierta, posiblemente por

su esencial simplicidad que se mantiene constante y no tan «innovadora» como lo que complace al gusto de la ciencia contemporánea. O tal vez por tomar la conciencia humana como su objeto privilegiado y porque muchas de las problemáticas de la conciencia humana son atemporales, mantenga una cierta estabilidad en sus conocimientos, sin todavía perder su fuerza. Esa constancia de sus bases teóricas, muchas de las cuales han emergido de contextos en que la ciencia y sobre todo las ciencias de la salud aún eran incipientes, alimenta la desconfianza por parecer «demasiado arcaica». A la hipnosis, tanto en la clínica como en la investigación, se vuelve inevitablemente siempre que los modelos alternativos amenazan derrumbarse, o se ven afectados por sus manifiestas insuficiencias (Barabasz et al., 2012). A pesar de las controversias, ella sigue estando ahí desconcertante y dinámica, y puede que, sin embargo, sea el rincón del conocimiento psicológico que mejor preserva sus calidades como ciencia social integral.

La hipnosis precede a la institución de la Psicología como ciencia. Sus raíces se extienden a Paracelso (1493-1541), quien presenta una explicación de las enfermedades basada en la idea del «magnetismo animal» concepto más tarde retomado por Mesmer. Aunque, en parte, la Psicología se reclame dueña de una metodología propia, quizás se pueda afirmar que, en parte, esta se constituye, en sus intentos de afirmarse como ciencia, a partir del entorno donde históricamente predomina la hipnosis. Como veremos más adelante, ha sido en ese caldo de concepciones sobre la psique humana, generadas a mediados del siglo XIX e inicios del siglo XX, con el propósito de buscar fórmulas que pudieran resolver las problemáticas existenciales y psicopatológicas de la mente humana, que primero se afirmó la hipnosis y solo a partir de ella la Psicología. La medicina y la filosofía, particularmente la filosofía de cuño espiritualista, comprendidas en una dinámica integradora del saber, han contribuido con sus prominentes figuras para el estudio de sus fundamentos: el incomprendido Mesmer (1734-1819), Faria (1756-1825), Braid (1795-1860), Charcot (1825-1893), Wundt (1832-1920), Richet (1850-1935), Janet (1859-1947), W. James (1842-1910), Freud (1856-1939), Pavlov (1848-1936) son autores, muchos de ellos, que sorprenden por su relevancia en la historia de la Psicología, sin embargo enajenados de su interés en la hipnosis. Las escuelas de la Salpêtrière y de Nancy, con los nombres emblemáticos de sus representantes, Charcot de La Salpêtrière vs Bernheim (1840-1919) de Nancy con sus polémicas y controvertidas posturas teóricas, han sido el ejemplo del genuino interés del conocimiento médico y psicológico por las problemáticas de la mente humana, considerada como la última frontera de la salud humana. Más recientemente, T.X.

Barber (1927-2005), el sociocognitivista Spanos (1942-1994), Hilgard (1904-2001), Milton Erikson (1901-1980), y en la actualidad David Spiegel y Peter J. Hawkins, entre muchos otros, de las más prestigiosas universidades del mundo, como Stanford, Harvard, Columbia o Yale, han tenido sus representaciones en el mundo de la hipnosis clínica y experimental. Aun así, ha de considerarse que la hipnosis se encuentra todavía alejada del estatuto legítimo que le corresponde, en la investigación y sobre todo en la práctica clínica. Ejemplo de esto es el estudio de Mendonza et al. (2009a) realizado en España, que concluye que, a pesar de tener creencias positivas con respecto a la hipnosis, tan solo entre el 10% y el 20% de los psicólogos recurren a ella como complemento de sus intervenciones.

Más recientemente, a partir de los años 60 del siglo XX, se ha producido un incremento de las investigaciones en hipnosis experimental y clínica, así como del desarrollo de instrumentos de medida al estilo científico actual de la ciencia basada en evidencia. Hilgard y Spiegel padre (1914-2009) y su hijo David Spiegel, de la universidad de Stanford, T.X. Barber en la Fundación Medfield del Hospital estatal de Massachusets, Orne (1927-2000) que ha estado primero en la Universidad de Harvard y posteriormente en la Universidad de Pennsylvania en Philadelphia, son los principales responsables en la actualidad por el esfuerzo de devolver a la hipnosis el reconocimiento que se merece. El desarrollo de medidas del grado de hipnotizabilidad y sugestionabilidad de los sujetos, concebidas y elaboradas por estos autores y sus respectivos laboratorios, ha permitido el estudio de la fenomenología hipnótica en relación con variables como la edad, el sexo, las características de personalidad. Entre otros han estudiado sistemáticamente el papel de la imaginación, de las expectativas, de las creencias, de la motivación y de la emoción, su influencia sobre la capacidad de los sujetos para ser hipnotizados, las reacciones psicofisiológicas producidas por las sugerencias hipnóticas (Barabasz et al., 2012; Barber, 1999), o los fenómenos hipnóticos más complejos y polémicos de la regresión hipnótica, de la producción de amnesia e hipermnesia mediante sugestión (Hawkins, 2007; Tortosa et al., 1999).

El carácter universalista de la hipnosis se revela en los múltiples dominios de su aplicación. Tan específicos, diversos e inesperados pueden ser, que hay evidencias de su eficacia en el tratamiento de enfermedades como la enfermedad de Crohn (Keefer & Keshavarzian, 2007), o del virus del papiloma humano (Barabasz et al., 2009). En ella se pueden encontrar técnicas para el desarrollo o refuerzo de competencias básicas, en dominios tan diversos como los del aprendizaje y de la memoria, del condicionamiento o des-condicionamiento de conductas y creencias, inhibir trastornos varios, explorar los

propios límites de la consciencia humana (psicodelia), regresión y progresión en el tiempo y en las memorias (Barabasz et al., 2012). Son tantas las posibilidades que nos ofrece la hipnosis que uno se puede cuestionar si de hecho son reales (Lamas, 1999).

La hipnosis, originalmente basada en abordajes de tipo directivo que han prevalecido hasta el surgimiento de la hipnosis no directiva de M. Erikson (Rossi, 2003), solo muy recientemente se asume desde una perspectiva biopsicosocial, (Adaqui et al., 2014; Jensen, 2015), aunque en sus orígenes esta característica se encuentra mal entendida.

Después de años de excesiva especialización siguiendo las tendencias de la ciencia médica contemporánea, marcadamente restringida por el esfuerzo «depurativo» de los investigadores actuales de línea más socio-cognitiva, la hipnosis se ha vuelto cada vez más aséptica con respecto a muchos de sus logros clásicos. Sea por las condiciones impositivas del paradigma científico contemporáneo, sea por circunstancias civilizacionales y culturales específicas (véase el tema de las falsas memorias que trataremos adelante) su venerable historia solo aparentemente pierde su brillo. Siguiendo de cerca esta tendencia dominante del conocimiento en general, lo cual suele ignorar la polifacética de la consciencia humana, siempre desafiadora de los escollos impuestos por las concepciones epistemológicas limitadoras, vuelve la hipnosis en la actualidad a sus raíces, resistiéndose tanto más amplia cuanto integrador a este tipo de presiones (Barabasz et al., 2012; Watkins & Barabasz, 2012). Al final, las polémicas y controversias que a lo largo de su historia se han verificado, alimentadas por las diferentes escuelas de pensamiento, siempre terminan contribuyendo para su desarrollo, para volverse científica y clínicamente más exigente sin perder su identidad.

La hipnosis, en cuanto procedimiento clínico, puede ser considerada como una de las técnicas conocidas más antiguas para provocar alteraciones en los procesos cognitivos, conductuales, perceptivos y psicofisiológicos (Barabasz et al., 2012; Tortosa, et al 1999). La tentativa de conceptualizar y de manejar experimental y clínicamente sus procedimientos, así como de explicar/evidenciar los mecanismos implicados en su acción según los cánones del método científico actual, son todavía controvertidos y faltos de consenso. Implican generalmente una gimnasia metodológica muy adaptada, exigente y creativa, como además todos los procedimientos que se dedican al estudio de la mente humana.

Desde el punto de vista de la opinión general, o sea no especializada, los mitos urbanos y los prejuicios con respecto a la hipnosis siguen manteniendo su vitalidad. Todavía se

confunde la elevada hipnotizabilidad de un sujeto con estados patológicos como «debilidad mental» o «personalidad influenciabile» (Tortosa et al., 1999). Mientras tanto, al hipnotizador se le atribuyen súper poderes y una capacidad de influencia y de dominio sobre el sujeto hipnotizado que de hecho no tiene. Estas ideas y definiciones incorrectas, cuyo origen se pierde en la historia de la propia hipnosis, generan a la vez prejuicios, miedos infundados y reluctancia al tratamiento bajo hipnosis, como hemos podido comprobar en las primeras reacciones de una parte de la población estudiada por nosotros, en España y en Portugal. Esto conlleva un tipo de rechazo que deja sin otras posibilidades de tratamiento no convencional, una parte sustancial de pacientes y enfermedades que podrían ser mejor tratadas con técnicas hipnóticas (Mendonza et al., 2009a).

Algunos de estos prejuicios resultan de apropiaciones populares de conflictos derivados de las polémicas alimentadas por escuelas importantes como entre La Salpêtrière y Nancy. Charcot sostenía que solo las personas que sufren de neurosis de tipo histérico son susceptibles de ser hipnotizadas, terminando por identificar la susceptibilidad hipnótica como un síntoma más de la patología. Desde una perspectiva distinta, la escuela de Nancy defendía que la susceptibilidad hipnótica es algo perfectamente normal y que todos los seres humanos son en algún grado hipnotizables (Tortosa et al., 1999).

Resulta actualmente muy difícil encontrar un consenso sobre lo que es o no es la hipnosis. La elaboración de una definición es, en consecuencia, materia controvertida, sobre todo después del conflicto teórico sobre la naturaleza de la hipnosis, surgida en el tercer cuart del siglo XX. Conocido como polémica «estado» versus «no-estado», este conflicto se puede definir por dos visiones distintas: una defiende la existencia de una alteración marcada en la consciencia durante el procedimiento o inducción hipnótica, lo cual quedó conocido como «trance» hipnótico; la otra, compuesta por los que no están de acuerdo con esta perspectiva, conocidos como socio-cognitivos, afirman que los fenómenos hipnóticos, dada su naturaleza, amplitud y complejidad psicológica, no necesitan de un estado especial de consciencia para producirse. Según los investigadores socio-cognitivos, expectativas, motivaciones y sugerencias son suficientes para explicar, en un marco conceptual psicosocial y cognitivo-conductual, el amplio abanico de los fenómenos hipnóticos (Lynn et al., 2008, 2012).

Para comprender este fenómeno es preciso aceptar primeramente que el funcionamiento del proceso hipnótico es especial, multifactorial y polifacético. Puede, como defiende Tortosa et al. (1999), y en lo cual estamos de acuerdo, que estemos frente

a una actitud excesivamente marcada por una dicotomía reduccionista de naturaleza meramente teórica, entre los que sostienen un abordaje del proceso hipnótico centrado casi exclusivamente en los aspectos psicológicos, mientras que otros se centran predominantemente en los aspectos fisiológicos. Los primeros (sociocognitivos) toman la sugestión como factor determinante, acentuando que el comportamiento hipnótico depende más de las características del sujeto que del hipnotizador, siendo este último un mero especialista que utilizaría y dirigiría lo más eficazmente posible las capacidades preexistentes en el sujeto (Tortosa et al., 1999). Los segundos enfatizan el efecto de los diversos procesos neurofisiológicos y psicofisiológicos implicados en un estado especial de conciencia, con marcadores bien identificados y caracterizados por técnicas de neuroimagen, cuyas variables intervienen en la instalación y consolidación de un estado diferenciado denominado «estado hipnótico» (Barabasz & Barabasz, 2008; Oakley 2008).

Independientemente de las razones que les asisten a quienes alimentan la polémica, compartimos con Tortosa y colegas (1999) la perspectiva, además bien actual, de que las posiciones de cada uno de los contrincantes son dos caras de la misma moneda. Los primeros se centran en que la intervención clínica depende de la sugestión y en una idea de intervención «como si...». Los segundos centran la intervención clínica en las inducciones orientadas según un conjunto de coordenadas fisiológicas que deberán estar claramente identificadas para que el fenómeno hipnótico sea reconocido y validado como tal (Barabasz & Barabasz, 2008; Hilgard, 1992; Oakley, 2008). Frente a los sociocognitivos, afirmaremos que no nos parece legítimo formular una teoría exclusivamente psicológica de la hipnosis ignorando todas las implicaciones psiconeurofisiológicas subyacentes al proceso hipnótico, y cuyas implicaciones clínicas son significativas para el proceso terapéutico y viceversa (Barabasz & Barabasz, 2008; Hilgard, 1992; Spiegel & Spiegel, 2004; Tortosa et al, 1999).

Defendemos que ambas las perspectivas deben ser tomadas como no excluyentes entre sí, sino como un *continuum* que permite leer el proceso hipnótico de forma holística e integrada.

No se puede ignorar que el proceso hipnótico, como fenómeno global de la consciencia humana (Hilgard, 1992), expresa todas sus dimensiones, incluso espirituales. Lógicamente implica a todos los niveles de su estructura y de su funcionamiento. Modificar un estado de consciencia es algo inherente al ser humano, ocurre de forma natural en múltiples circunstancias: cuando escuchamos una música placentera, o apreciamos lo sublime del arte, o simplemente cuando conducimos el automóvil en la autopista y hacemos kilómetros

sin tener conciencia de que lo hicimos. En cada una de estas situaciones nos adentramos en un estado modificado de conciencia que Milton Erikson denominó «trance cotidiano» espontáneo (Rossi, 2003).

El reduccionismo intrínseco a la teoría sociocognitiva de la hipnosis puede estar justificado dado que su intención es desvincular del proceso hipnótico los rituales clásicos que, en su opinión, además de innecesarios estimulan mitos, miedos y prejuicios hacia la hipnosis (Capafons, 1999; Lynn & Kirsh, 2008). Sin embargo, a la vez que no valora, para la asunción de un estado hipnótico bien caracterizado, las alteraciones psicofisiológicas que las técnicas de neuroimagen por resonancia magnética y funcional identifican (Barabasz & Barabasz, 2008, 2012), volviéndose adeptos de un abordaje minimalista del fenómeno hipnótico (Capafons, 1999), no se escapan de la influencia de una cierta moda posmoderna y relativista del conocimiento. Acusan, quizás, la presión del prejuicio y de la sospecha que se genera en torno a la hipnosis en los medios científicos dominantes. Por eso, pretenden exorcizarla de los procedimientos y concepciones «mesmerianas» que puedan suscitar o evoquen tales prejuicios, sobre todo en ambiente clínico. Ese esfuerzo, aunque bien intencionado y en parte loable, que parece a la vez representativo de una cierta necesidad de encaje en el paradigma dominante de la psicología o de la medicina convencional contemporánea, resulta muchas veces castrador para la hipnosis, reduciéndola a un mero conjunto de técnicas de refuerzo psicoterapéutico o médico, sin autonomía o estatuto propio (Barabasz & Barabasz, 2012).

Dicho esto, creo que nos encontramos en condiciones de arriesgar una posible y operacional definición de hipnosis, que desde James Braid (1795-1860) equivocadamente se confunde con una forma de sueño artificial o provocado aludiendo al dios griego *Hypnos*, suficientemente pacífica frente a las polémicas antes abordadas.

Según Barber, (1999, p. 29), «La hipnosis es una condición o estado alterado de la consciencia (Altered State of consciousness – ASC) que se caracteriza por el notable aumento de la receptividad a la sugestión, la capacidad de modificar la percepción y la memoria, y el potencial para el control sistemático de una serie de funciones fisiológicas normalmente involuntarias (tales como la actividad glandular, la actividad vasomotora, etc.)». Aunque Barber (1999, p. 31) considere inadecuada la no distinción entre hipnosis y sugestión, dado que la gran parte de los sociocognitivos sostienen que hipnosis y sugestión son lo mismo, por perderse su significado específico que la diferencia de cualquier otro tipo de comunicación influyente, bajo el argumento de que, «sugestionar a un paciente en

estado normal de conciencia no es ejemplo de lenguaje hipnótico, más bien una invitación a una experiencia», es ineludible que la sugestión, directa o indirecta, se puede considerar un elemento indispensable a todo el tipo de inducción hipnótica (Kihlstrom, 2008).

Mientras tanto, en la definición propuesta por la APA (2005), que al parecer es más una definición del procedimiento hipnótico que una definición *per se*, se afirma que «la inducción hipnótica es una sugestión inicial ampliada para el uso de la propia imaginación, (...) el procedimiento se emplea para motivar y evaluar las respuestas a las sugerencias. Al emplear la hipnosis, una persona (el sujeto) es guiada por otra (el hipnotizador) para responder a sugerencias de cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones de la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta» (Hawkins, 2007, p.82).

Nuestra perspectiva, compartida por autores como Spiegel y Spiegel (2004), considera la hipnosis, la absorción hipnótica o receptividad hipnótica, como un fenómeno humano natural, en el cual la atención y la concentración, así como algún tipo de suspensión de la conciencia periférica están necesariamente implicadas. Si es cierto que la imaginación del sujeto y del terapeuta y la sugestión juegan un papel importante en el proceso hipnótico, no menos importantes son las alteraciones de la conciencia con respecto al estado de vigilia. Hay evidencias de «marcadores fisiológicos», sobre todo en la corteza cingulada anterior (ACC), que distinguirían el estado hipnótico de otros estados con respecto a los cuales se suele confundir el estado hipnótico, me refiero al sueño y al soñar. Del mismo modo, esa área del cerebro estaría particularmente activada en sujetos altamente hipnotizables (Barabasz & Barabasz, 2008). Los mismos autores sostienen que estos marcadores parecen reflejar las alteraciones en la conciencia que resultan de las experiencias subjetivas, vividas por los sujetos que se encuentran bajo un estado hipnótico. El propio Kihlstrom (2008) atenúa la premisa reduccionista sociocognitiva, según la cual la hipnosis resulta solamente de factores como la respuesta a las expectativas y otros roles sociales (Kihlstrom, J.F., 2003). Mientras tanto argumenta que, en el estado actual de nuestros conocimientos, no es posible establecer correlatos neuronales incuestionables para comprender cabalmente qué mecanismos cerebrales están de hecho correlacionados con una alteración del estado de conciencia (ASC) en el transcurso de una hipnosis.

Recolocando dentro de ciertos límites la concepción de que la hipnosis se caracteriza por un estado «alterado de conciencia», aceptando algunas de las concepciones de hipnosis de los sociocognitivos, como la teoría de las «expectativas de respuesta» de Kirsh (Accardi et al., 2013), nos parece más adecuada la definición de «modificado» en vez de «alterado»,

para representar lo que puede definirse por «estado hipnótico». De hecho, la expresión «altered states of consciousness» en inglés, como la usa Barber (1999), resulta en castellano demasiado marcada, y por eso mismo entendimos preferible usar la definición de «modificado» en vez de «alterado», una denominación equivalente, pero menos restrictiva y más integradora. Por estado modificado de consciencia (EMC), expresión que adoptaremos a lo largo de este trabajo, pretendemos significar aquí todas las formas de consciencia diferentes del estado de vigilia, inducidas bajo sugestión hipnótica, que pueden ir de leves a profundas, acarreado desviaciones en la experiencia subjetiva o psicológica de los sujetos hipnotizados (Simões, 2002). Sosteniendo esta concepción más comprensiva y conciliadora, además de la de Simões (2002) están incluidas las definiciones de:

- Spiegel y Spiegel (2004): de la hipnosis como un estado psicofisiológico, atencional y receptivo, de concentración focalizada, con disminución de la consciencia periférica, variable según los sujetos y estable a lo largo del ciclo vital de los mismos.
- Kirsch (1999): con sus «expectativas de respuesta», las cuales pueden incluso modificar la sensibilidad hipnótica de los sujetos manipulando las expectativas previas de los sujetos (Accardi et al., 2013).
- Kihlstrom (2008): que acentúa la «interacción social» en el proceso hipnótico, mediante la cual un sujeto responde a las sugerencias realizadas por el hipnotizador, generando cambios en la percepción, memoria y control voluntario de las acciones, con recurso a la imaginación. El fenómeno hipnótico reflejaría alteraciones en la consciencia que ocurren en el contexto de esa interacción social.

Nos gusta denominar EMC al estado hipnótico principalmente por sus implicaciones clínicas. Es justamente el trabajo clínico, el contexto al que corresponde modificar intencionadamente el estado de consciencia de un paciente de forma leve, adecuada indiferentemente a sujetos altamente hipnotizables como a los poco hipnotizables. El objetivo consiste en facilitarle a la vez al paciente la cooperación y la consciencia proactiva de su proceso terapéutico. Entendida de esta forma, la ocurrencia de un EMC no anula otros aspectos de la respuesta hipnótica, como el papel de las sugerencias, las expectativas o los roles sociales, en ella estos están por supuesto implicados. Sin embargo, se puede hablar

de una psicofisiología de los EMC bien caracterizada y muy amplia, que va más allá de las inducciones hipnóticas, luego más amplia de la que aquí se presenta, en la cual están implicados no solo algunos estados patológicos, sino también los EMC espontáneos (Rossi, 2003; Vaitl et al., 2005).

Los sujetos en EMC son capaces de potenciar sus facultades, responder a una diversidad de pruebas hipnóticas, presentando alteraciones fisiológicas anómalas como la rigidez de los miembros, total o parcial (catalepsia), realizar regresiones o progresiones en el tiempo, sufrir fenómenos de anestesia o de analgesia, desarrollar alucinaciones visuales positivas y negativas, estados de amnesia e hipermnesia, o ser susceptibles a sugerencias post-hipnóticas (Barber, 1999; Hawkins, 2007; Tortosa et al., 1999). Se reconoce en EMC, bajo este paradigma, la existencia de niveles de profundidad hipnótica, designados como niveles hipnoidales ligero, medio, profundo y sonambúlico (Tortosa et al., 1999), así como diferentes tipos de sujetos hipnotizables que varían de **high** (altamente hipnotizables) a **low** (poco hipnotizables).

Hernández (2010) estima que solamente 15% de la población es altamente hipnotizable, mientras que el 65% registra un grado intermedio y los restantes 20% son poco hipnotizables. Los autores de orientación sociocognitiva, dada la naturaleza psicosocial de la hipnosis, donde las expectativas, creencias y motivación de los sujetos en cuanto al papel de hipnotizador y de hipnotizado desempeñan un rol decisivo en el proceso hipnótico, defienden a consecuencia que la hipnotizabilidad o susceptibilidad hipnótica puede ser entrenada y mejorada. Esto sería de gran utilidad para entrenar las competencias de sujetos tipo **low** (Kirsh et al., 1999; Lynn et al., 2008). Mientras tanto, Spiegel (2007) no considera esa posibilidad al plantear la hipnotizabilidad como una competencia neurobiológica con consecuencias psicológicas *per se* intrínseca a los sujetos, la cual se mantendría constante a lo largo de la vida (Spiegel, 2008). Además, este autor y colegas encontraron que los sujetos con problemáticas psiquiátricas eran significativamente menos hipnotizables que la población normal, sin correlación significativa con variables como medicación o edad (Spiegel & King, 1992).

No obstante estas diferencias de perspectiva, la reciente perspectiva *biopsicosocial* de la hipnosis (Jensen, 2015) minimiza este problema, garantizando siempre que presente en los tratamientos bajo hipnosis, especialmente en tratamiento del dolor crónico, respuestas terapéuticas más eficaces y duraderas de los sujetos sometidos al proceso hipnótico,

constituyendo para los profesionales que la utilizan un abordaje indispensable en el éxito terapéutico (Adaqui et al., 2014; Jensen, 2015; Jensen & Patterson, 2006).

II.2. LA HIPNOSIS COMO «PSICOHIPNOTERAPIA»: UNA PROPUESTA

«The unconscious is much smarter, wiser, and quicker. It understands better. Your unconscious mind knows what is right and what is good. When you need protection, it will protect you»

Milton H. Erickson (1901-1980) in NLP talk

Nos resulta muy familiar la sospecha de las terapias convencionales, es decir, las acordes a la ciencia basada en evidencia, hacia las que utilizan la hipnosis, sea como herramienta sea como método casi exclusivo de toda su intervención. Tal hecho, como hemos visto, deriva a la vez de los prejuicios hacia la hipnosis que alguna cultura académica, científica y editorial aún sigue manifestando.

A las terapias que se fundamentan casi exclusivamente en el uso de la hipnosis y de EMC, como el modelo dinámico de Erikson, M. (Rossi, 2003), la psicoterapia transpersonal (Friedman & Hartelius, 2015) que Maslow apellidó la cuarta fuerza de la Psicología, y sus derivaciones, por ejemplo, las terapias basadas en la regresión de memoria, como la de

Roger Woolger (1944-2011) y su «Deep Memory Process», la «Regression Therapy» de Hans TenDam (2014) y la Psicosis de Assagioli (1982), les llamaremos desde ahora, por su especificidad, psicoterapias hipnóticas (Rossi, 2003, p. 99) o psicohipnoterapias. Sirven sobre todo para demostrar que, desde mediados del siglo XX con Milton Erikson y Maslow, existe una clara evolución de la hipnosis en el sentido de afirmar su autonomía como psicohipnoterapia, en diferentes modelos psicohipnoterapéuticos, y no solo como herramienta potenciadora de las terapias convencionales (Castel et al., 2012).

De hecho, se debe a Milton Erikson una caracterización completa de la naturaleza de la psicoterapia hipnótica. Se basa en un concepto innovador de «trance» (Erikson & Rossi, 1992). Este autor plantea que la inducción y el mantenimiento de un «estado de trance» sirve para promover un estado psicológico especial en el cual el paciente puede reasociar y reorganizar sus complejidades psicológicas internas, usando sus propias capacidades en un modo compatible con su propia experiencia de vida. La terapia (psicohipnoterapia) resulta así de una resíntesis interior del comportamiento del paciente, alcanzada por él mismo. Por supuesto que la sugestión directa puede producir una alteración en la conducta del paciente y resultar incluso en cura sintomática, al menos por un tiempo. Mientras tanto, dicha «cura» es simplemente una respuesta a la sugestión, por lo cual no comporta esa reasociación y reorganización de ideas, entendimientos y memorias tan esenciales para la curación real. Es esta experiencia de «reasociar» y «reorganizar» su propia experiencia de vida que puede resultar en una curación, no la manifestación del comportamiento reactivo que puede, cuando mucho, satisfacer solamente al observador (Hawkins, 2007; Rossi, 2003).

Esta forma de hipnoterapia, revolucionaria en su esencia, es muy distinta de las hipnoterapias clásicas. No se trata de inhibir o condicionar un síntoma a través de la sugestión directa. La curación, según Erikson, no ocurre por medio de una orden directa, sino por frustrar las «limitaciones aprendidas» que han conducido al paciente al estado o sintomatología patológicos, accediendo al potencial de respuesta terapéutico que forma parte de los recursos ya presentes en el propio paciente (Rossi, 2003, p. 98). En consecuencia, en determinados países como Inglaterra, la hipnoterapia es recomendada por el sistema público de salud, y los hipnoterapeutas tienen un estatuto independiente de la psicología convencional, así como escuela propia de formación (Hawkins, 2007).

No obstante, hay que reconocer que en ciertos medios académicos y en las *guidelines* de la APA (1993, 1995; 2006, 2014) esta visión de la autonomía de la hipnosis no está consensuada. Autores respetables de orientación cognitivo-conductual y sociocognitiva, como Barber, Kirsh o Capafons, han considerado que la hipnosis no es en sí misma una psicoterapia, sino una herramienta de gran utilidad para la labor psicoterapéutica y médica, actuando como reforzadora de competencias en diferentes modelos, métodos y escuelas psicoterapéuticas (Barber, 1999; Castel et al., 2012; Hawkins, 2007; Lynn et al., 2008).

Con el modelo Eriksoniano y la Psicología Transpersonal, la hipnosis permitió abrir nuevos campos de exploración de la mente humana, reafirmando su estatuto original y exclusivo, permitiendo la constitución de nuevas y osadas cartografías de la conciencia. Este movimiento de la psicología de la conciencia, potenció nuevas formas de romper con las fronteras preestablecidas del conocimiento, en sus múltiples tipos y dominios. De hecho, sea cual sea la perspectiva de sentido que nos elaboremos a partir de ellas, su exigencia mayor se define por la palabra «integrar» e «integral».

Además, muchas de las técnicas y principios terapéuticos hoy reclamados casi en exclusiva por los sistemas terapéuticos convencionales, como la CBT) y su versión más reciente, la ACT, se anclan en procedimientos y creencias ya presentes sea en la historia del pensamiento filosófico o espiritualista-religioso. Las encontramos en prácticas ancestrales de meditación y relajación, en técnicas hipnóticas o sofrológicas, aunque se nos planteen revestidas de actualidad científica, de efecto plástico muy atractivo. Y no nos debe resultar extraño que esto sea así. La cibernética del conocimiento, el corsé de la especialización bajo orientaciones epistemológicas positivistas y neo-positivistas de la ciencia, hacen que, con el pretexto de una cierta pureza científica, se desprecie todo lo que no cuadra con los modelos dominantes.

Sin embargo, ¿de dónde proviene, entonces, la idea de que la hipnosis es concebible como «psicoterapia» con carácter autónomo? Procede de la Escuela de Nancy, más precisamente del trabajo y concepciones de Hippolyte-Marie Bernheim (1837-1919). Ha sido Bernheim, en 1891, quien ha acuñado el término «psicoterapia» para designar la metodología sistemática que ha desarrollado entorno de la hipnosis (Tortosa et al., 1999). Tortosa et al. (1999), en un excelente artículo que revela al detalle muchos de los aspectos

del surgimiento, evolución histórica y cultural de la hipnosis, subraya algunos principios de la visión que Bernheim tenía de la hipnosis como psicohipnoterapia:

1. La sugestionabilidad es una característica común en personas no hipnotizadas y personas hipnotizadas.
2. La hipnosis es por excelencia un estado de sugestionabilidad aumentada que solo puede traducirse mediante sugerencias apropiadas.
3. Se caracteriza por niveles de profundidad que se pueden evaluar mediante sugerencias adecuadas.
4. (Añadido nuestro) Su objeto es el ser humano, y sus posibilidades terapéuticas pueden ser dirigidas a prácticamente todas las problemáticas de la condición humana.

Bernheim sostenía que el estado hipnótico era el resultado de la sugestión, insistiendo en que las personas normales, entiéndase mediana o poco hipnotizables, también podían someterse a ella con éxito. Provocándoles el «trance», activado mediante sugerencias, Bernheim recurría a las mismas para desvelar los síntomas de las patologías que se les presentaban. Su estrategia, en gran medida influenciada por los éxitos terapéuticos de Lièbault (1823-1903), que al igual que él usaba la sugestión, consistía en aplicarle a los sujetos una sugestión «tranquila», por oposición a la «histórica» de Charcot (Hawkins, 2007, p.77-78). Su trabajo, que terminó siendo dirigiéndose más a los aspectos psicológicos de la hipnosis que a los fisiológicos, tuvo gran influencia en el desarrollo de las grandes corrientes de la psicología profunda, que mientras tanto se han asumido como escuelas autónomas. El psicoanálisis de Freud, con su método de las asociaciones libres, y posteriormente la psicología analítica de Carl Gustav Jung (1875-1961), constituyen un buen ejemplo.

A pesar de que Freud abandonó en cierta forma la hipnosis, sustituyéndola por el método de las asociaciones libres, a la vez que se consideraba un hipnotizador incompetente, no ha dejado de admitir la ocurrencia de EMC espontáneos en muchas de sus curas psicoanalíticas. En su correspondencia admite, en ocasiones, que en sus sesiones de psicoanálisis algunos de sus pacientes entraban espontáneamente en estado hipnótico. Esto, a su vez, potenciaba el *insight* y la revivencia del fenómeno traumático (base de la neurosis), la catarsis, y consecuentemente la cura (Borch-Jacobsen & Shamdasani, 2011). Sin embargo, algunos autores, refieren que las razones para el abandono de la hipnosis por

Freud se habrán debido a las observaciones que realizó, probablemente en las sesiones con Charcot, al darse cuenta de cuánto un sujeto puede ser yatrogenizado por el hipnotizador y por las sugerencias hipnóticas (Lynn et al., 2008). Desde nuestra perspectiva creemos que este fenómeno se puede encuadrar en lo que Capafons (1999) describe como «hipnosis despierta» y que Oakley (2008) y Cardeña y colegas (2013) designan de «hipnosis neutral», un tipo de hipnosis sin recurso a sugerencias, muy adecuada al *setting* psicoanalítico.

Además de la escuela psicoanalítica y analítica, cuyos conceptos y técnicas de psicoanálisis dinámica y espiritual sustentan el complejo teórico conocido como hipnoanálisis, las escuelas fenomenológica, humanista y cognitiva-conductual, cuyas contribuciones se pueden usar solas o mezcladas, según exija la situación terapéutica, son también, por su parte, grandes referentes de la psicohipnoterapia contemporánea (Barabasz & Watkins 2012; Barber, 1999; Castel et al., 2012, 2016; Friedman & Hartelius, 2015; Hawkins, 2007; Lynn et al., 2008; Rossi, 2003).

Adaptada a las diferentes dimensiones o formas de manifestación de la consciencia y espíritu humanos, sin rechazar a priori ninguna de ellas, la psicohipnoterapia tiene como supuesto epistemológico su adecuación incondicional al objeto de estudio, el espíritu humano y la conciencia en sus múltiples modos de manifestación, sobre todo en su relación con la patología (Friedman et al., 2012; Hawkins, 2007), sin restringirlo a los *guidelines* de los diferentes marcos teóricos convencionales *per se* y respectivas metodologías, que parecen privilegiar una dimensión sobre otras, generalmente de forma excluyente.

Resulta interesante que, en este modelo de interpretación global e integrador de los fenómenos de la consciencia como un todo, presentes desde siempre en la historia de la hipnosis, su aceptación para investigación y terapia se haya de nuevo retomado, pero ahora bajo la exigencia metodológica experimental de la ciencia basada en evidencia.

Tortosa et al., (1999) caracterizan lo que se puede definir por la prehistoria de la Psicología y de la Psiquiatría y su interés por la hipnosis, donde, por muy raro que nos parezca al día de hoy, no estaba excluido el ocultismo. A título de ejemplo, describen el ambiente del I Congreso Internacional de Psicología Fisiológica (6-10 de agosto de 1889), cuyo presidente fue Charcot, de la escuela de La Salpêtrière, y del I Congreso de Hipnosis Experimental y Terapéutica (8 a 12 de agosto del mismo año), dónde se discutían temáticas tan distintas como las relacionadas con los fundamentos de la hipnosis, del magnetismo, del sonambulismo y de la psicofisiología de la hipnosis, incluyendo las temáticas del

ocultismo, del espiritismo y de la filosofía positiva. En ellos, se extremaban debates teóricos y técnicos de los tres marcos teórico-doctrinales dominantes, provenientes de las escuelas inglesa, alemana y francesa, cuyas doctrinas Tortosa et al. (1999) definen como «el modelo experimental alemán, el modelo diferencial británico de evaluación de actitudes mentales, y el modelo clínico francés, basado en el estudio experimental y terapéutico de la hipnosis», representados por nombres de relieve científico al época, como Wundt, Braid, Charcot y Bernheim. Todos tenían pleno derecho de intervención y su dignidad reconocida, incluso los de cuño más espiritualista o espiritista como C. Richet, premio Nobel de Fisiología, teórico de la metapsíquica y C. Lombroso (1835-1909), criminólogo y espiritista, y Taine (1828-1893) por la filosofía positivista.

No existía una verdadera división en la ciencia psicológica como la entendemos actualmente, entre el extraordinario y el patológico, y otras formas actualmente consideradas marginales de leer los fenómenos implicados en las diferentes manifestaciones del espíritu humano. La prioridad era alcanzar la comprensión plena de la vida mental. La curiosidad científica, bajo ese propósito mayor, no excluía el aparentemente irracional y lo misterioso. Wundt en su obra *Hypnotismus und suggestion*, (Wundt, 1892, citado por Tortosa et al., 1999) protestaba en contra esta tendencia, sobre todo que tales intereses fuesen la cara de la nueva Psicología, al igual que de alguna ciencia médica (Psiquiatría). No era, por lo tanto, solo la hipnosis la que se veía inmersa en esta mezcla de intereses: toda la Psicología y la Medicina sufrían dichas influencias. Sin embargo, solamente la hipnosis ha quedado impregnada de esa aura negativa, que todavía permanece en el imaginario colectivo y en el *mainstream* de la comunidad científica. Como refiere Nuttin (1992, p.8) citado por Tortosa y colegas (1999): «A finales del siglo XIX nuestros primeros congresos se vieron inundados por una vaga psicoterapia hipnótica mezclada con «espiritismo» que, en un momento dado, amenazó el carácter científico de estos congresos (...) uno de los primeros méritos de los congresos fue justamente el de contribuir – gracias a las confrontaciones a que dieron lugar – a la depuración de la psicología científica de aquellos elementos que amenazaban con contaminarla». De hecho, la propia crítica de Nuttin es la evidencia de cómo los ojos del paradigma científico actual reducen al absurdo o al sobrenatural todo lo que no cuadra con su modelo o visión del mundo. La verdad es que esa era una época absolutamente extraordinaria, que no se podía permitir el lujo de desperdiciar ningún recurso, ningún tipo de cuestionamiento o modelo de investigación significativo para la comprensión de la consciencia humana en totalidad.

Esa época sigue siendo la base de muchas de las conquistas actuales, en dominios que se extienden de la psicología y la medicina a la parapsicología científica.

Recurrencia o no, la fenomenología que se ha despreciado en casi todo el siglo XX catalogada como sobrenatural o anómalo volvió a seguir siendo explorada. Y claro, el interés por los *Altered States of Consciousness* (ASC), bajo hipnosis, con o sin recurso a sustancias psicodélicas (Stanislav Grof, 2000, 2008), la ha hecho revivir bajo procedimiento científico, que incluye la utilización de técnicas de neuroimagen (Barabasz & Barabasz, 2008), el estudio de las evidencias científicas de las experiencias anómalas (Cardeña et al., 2000), lejos de lo que en otros tiempos no pasaría de mera conjetura o especulación. Los fenómenos paranormales del espiritismo han dado lugar a la Parapsicología científica, con larga producción investigativa desarrollada por importantes centros de investigación, en conceptuadas academias como la de Duke en Carolina del Norte, dirigida por el pionero J.B. Rhine (1895-1980) desde los años treinta del siglo pasado. Las teorías sobre los fenómenos espirituales, o psicología anómala de los estados especiales de consciencia, son al día de hoy territorio de la Psicología Transpersonal, que incluye las terapias basadas en la regresión de memoria, pero al igual de la psicología de la conciencia (Cardeña, 2013; Dalenberg et al., 2014). Y, por ende, el DSM IV y V (American Psychiatric Association), en su V-code 62.89 incluyen ya estos estados especiales, definiéndolos como «emergencias religiosas o espirituales» para distinguirlas de la sintomatología psiquiátrica y de toda la nosología y nosografía a ella asociada (LuKoff et al., 1992; Prusac, 2016).

Lo que parece incuestionable es que la hipnosis ha demostrado desde su inicio, en toda su labor, una intencionalidad predominantemente dirigida a las ciencias de la salud. Se ha afirmado en contexto médico y psicológico, primero como síntoma histérico, posteriormente como fenómeno global del funcionamiento de la consciencia, sobre todo en el dominio de la sugestión y de sus aplicaciones. Su objetivo consistía no solo en estudiar la causalidad patológica de los trastornos mentales que afectan al pensamiento y a la conducta, sino también integrar las formas clásicas de condicionamiento y descondicionamiento típicas de la tradición hipnótica, como estrategias de mejora de la vida mental de los sujetos. Se debe al visionario portugués abate Faria (1756-1819) la utilización de la hipnosis como herramienta de exploración psíquica, esforzándose por sobrepasar la creciente dominancia del espectáculo en su uso (Hawkins, 2007; Tortosa et al, 1999). No debe, por eso, extrañar, que busquemos en la hipnosis los recursos necesarios

que no están actualmente disponibles, o que son poco eficaces, para enfrentar cuadros tan complejos y huidizos como los que se observan en el FMS, en plan terapéutico y diagnóstico.

II.2.1. CUESTIONES CLÍNICAS, CUESTIONES METODOLÓGICAS Y OTRAS CUESTIONES FUNDAMENTALES EN HIPNOSIS CLÍNICA

Como Hawkins (1994a, 4-6) refiere: *«el empleo de la hipnosis en la atención sanitaria está vigente y es favorable. Además de disponer de un pedigrí bien establecido, que no siempre ha sido reconocido, cuenta con una reputación maliciosamente fundamentada, que se sigue promulgando (...)desafortunadamente, a través de algunos departamentos de psicología y escuelas médicas.(...) Pero es imprescindible que tanto los psicólogos como los médicos académicos y practicantes participen en este debate mediante la investigación empírica y clínica sostenida, tanto cuantitativa como cualitativa y que las instituciones introduzcan el estudio de la hipnosis en su currículo.»*. Nuestra contribución al investigar experimentalmente en ámbito clínico, ha pretendido ir en la línea de esta afirmación.

Hemos visto antes que la naturaleza controvertida de la hipnosis emana de su historia y resulta de su naturaleza polifacética, tal y cual la naturaleza de la consciencia humana, su objeto y su dominio privilegiado. En este caldo de influencias, de dicotomías teóricas, Mesmer vs Faria, Charcot vs Bernheim, Hilgard vs Barber, hipnosis experimental vs hipnosis clínica, la hipnosis clínica o la psicohipnoterapia presentan hoy en día un conjunto de características decisivas para la terapéutica en general, y para el trabajo con el dolor crónico en particular.

Aun así, existe en la literatura gran disparidad entre los datos obtenidos en laboratorio y la práctica clínica. Los primeros no siempre respaldan lo que los profesionales perciben o registran en ámbito clínico. Se genera en consecuencia una nueva fuente de conflicto, alimentando una controversia más. Tortosa et al. (1999) citando un estudio de revisión bibliométrica de los artículos sobre hipnosis publicados en cuatro revistas especializadas (*American Journal of Clinical Hypnosis, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Journal of Abnormal Psychology y Journal of Personality and Social Psychology*), en el período comprendido entre los años 1981 y 1983, parece encontrar en los tipos de publicaciones mencionados, una relación directa de sus publicaciones con el marco teórico-conceptual del estado y del no-estado. En este sentido, los partidarios «del estado (ASC)» parecen inclinarse por la publicación de trabajos de ámbito clínico, mientras que los

partidarios del «no-estado» se inclinarían más a la publicación de trabajos cuya naturaleza es predominantemente experimental y teórica.

Superada la idea de que la hipnosis es una manifestación patológica, permanece el reto de encuadrarla en el modelo teórico de la ciencia basada en la evidencia. ¿Cómo encarar esta falta de coincidencia entre los resultados experimentales obtenidos en laboratorio, y los que resultan del contexto clínico?

Sería prudente considerar que muchas de las estrategias de investigación no son las más adecuadas, por inadaptadas a la realidad y naturaleza del proceso hipnoterapéutico, no se encuentran aún habilitadas para generar análogos clínicos. Hawkins (2007, p.35), citando entre otros autores a Roberts (2005), considera que, en los ensayos clínicos, el diseño predominante en este modelo es el «ensayo aleatorizado controlado», reforzado por placebos y ciegos. Según este autor, este tipo de investigación no es idóneo para la evaluación de la hipnoterapia, siendo incluso demasiadas veces extraño y distante de la experiencia que resulta de la práctica clínica realizada en contexto natural. Para este autor, es un error y una tarea inútil importar los métodos de exploración e investigación que se han generado a partir de la psicología general, bien cómo aplicarlos al dominio psicoterapéutico y psicohipnoterapéutico. Considera que, para responder a cuestiones de efectividad del tratamiento, debe alcanzarse una visión más clara de lo que sucede entre el paciente y el terapeuta (Hawkins, 2007, p.38).

A pesar de transcurridos más de 70 años de investigación en laboratorio, sigue sin desarrollarse un modelo explicativo integrador y suficientemente inclusivo para explicar los fundamentos psicológicos, psicofisiológicos y neuropsicológicos de la hipnosis. Tan poco se sabe cabalmente, a semejanza de lo que sucede en otros dominios de la psicología general, qué es lo que verdaderamente funciona, para poder ser replicado a beneficio del paciente. El mapa del paciente, o sea su historia personal, puede que no represente todo el territorio de la intervención.

En esta perspectiva están implicados naturalmente la complejidad de la relación terapéutica, así como las particularidades clínicas de esta relación bajo el proceso hipnótico. Al igual que Hawkins (2007), defendemos que, dadas las especificidades psicoterapéuticas implicadas, la inclusión de investigación mixta, experimental y cualitativa, sería de gran utilidad para comprender esta dinámica.

Dado que los métodos cualitativos son predominantemente hermenéutico-interpretativos, parecen estar más próximos de la realidad clínica. Las acciones y experiencias subjetivas, las dinámicas simbólicas del paciente, ocurridas en un contexto clínico de colaboración del cliente con el terapeuta, parecen ser mejor aprehendidas bajo este método de investigación. Sin embargo, bajo determinados límites, una interacción entre los dos métodos podría disminuir el foso que aún persiste entre los resultados de la hipnosis experimental y los de la hipnosis clínica.

La pericia individual de profesionales competentes junto con las mejores técnicas comprobadas experimentalmente, pueden mejorar la eficacia clínica, pero, hay que admitirlo, lo que predomina frente a las necesidades individuales de los pacientes, es precisamente su intuición clínica forjada en la experiencia. Sackett et al. (1996, p. 71) citado por Hawkins (2007, p. 40) refuerza esta perspectiva, afirmando que: «las evidencias clínicas externas pueden informar, pero nunca sustituir, la pericia clínica individual, y es precisamente esta pericia la que decide qué pruebas externas son aplicables al paciente individual y, en caso afirmativo, como deberían ser integradas en la decisión clínica».

Todo en clínica, en contra a la aparente solidez de los resultados obtenidos en laboratorio, se juega en el *setting* terapéutico en el instante significativo del *insight*, alimentando el buen combate contra la arrogancia implícita en las formas de poder presentes en el proceso terapéutico, de las cuales los terapeutas no se encuentran exentos. Impuestas externamente, como **guidelines**, o internas, impuestas por los actores del proceso psicoterapéutico, la condición democrática de la terapia debe de prevalecer.

Es muy común encontrar a los terapeutas actuando como «salvadores», cuando no como guías omnipresentes en la experiencia vital ajena. Los sistemas convencionales, muy sostenidos por el poder otorgado por la «evidencia» empírica, contribuyen a la institucionalización del papel del terapeuta, algo muy similar a lo que se encuentra frecuentemente en la práctica de la medicina, entre médico y paciente: el médico, el especialista, ostenta la «autoridad» de la circunstancia terapéutica bajo la pasividad del paciente (Hawkins, 2007).

Y sin embargo, Lambert (1979, 1992), citado por Hawkins (2007, p. 45), concluía, en un estudio de revisión de resultados en psicoterapia, que aproximadamente el 40% de la mejora terapéutica podía atribuirse a cambios extra-terapéuticos (p. ej., acontecimientos fortuitos, apoyo social, fortalecimiento del ego, etc.), el 35% a «factores comunes» que se

hallan en todas las terapias independientemente de la orientación teórica del terapeuta, y el 15% a las «técnicas» de las psicoterapias específicas (p. ej., desensibilización sistemática, hipnosis).

El mito de la eficacia, patrocinado por el modelo de la ciencia basada en la evidencia, no parece retirar, obviamente, valor a las intervenciones terapéuticas *per se*, sino que exige otras formas más adaptadas de evaluación. Las diferentes intervenciones, bajo diferentes marcos teóricos, crean las ocurrencias a partir de las cuales, aunque posiblemente fortuitas, se permiten resolver las cuestiones planteadas por las circunstancias clínicas concretas. Al final, todo esto no es muy distinto de lo que ocurre en la lógica del descubrimiento científico. ¿Cuántas veces el científico tropieza ocasionalmente con la solución del problema al que se propone resolver, muchas veces en sentido completamente opuesto al que esperaba encontrar?

No obstante, pensamos con Feyerabend (1975), que, sin ese ejercicio práctico-metodológico, no se generarían las condiciones para esos tropiezos accidentales, que componen la verdad de la ciencia y que denominamos «hechos científicos».

Del mismo modo que no existe un protocolo único y consensuado de intervención hipnoterapéutica, tampoco existe un número de sesiones consensuado. Erickson, en su abordaje centrado en el cliente, plantea que el terapeuta deberá tener en cuenta prioritariamente el ritmo de absorción y de procesamiento del cliente, refiriendo que «en la psicoterapia hipnótica, afrontas todo tan lenta o rápidamente como lo pueda soportar el paciente...» sabiendo de antemano «que no siempre se puede ganar» (Erikson & Rossi, 1992; Hawkins, 2007; Rossi, 2003).

Asumiendo como Tortosa et al. (1999) que la hipnosis es un conjunto de procedimientos que potencian ciertas capacidades preexistentes en los individuos, donde están presentes factores como las expectativas, actitudes y roles, los tipos de sugerencias, las creencias sobre la eficacia del operador, la capacidad de focalización y reorientación de la atención, de relajación, de imaginación, de implicación emocional, de disociación... En fin, todo lo que comprende el territorio de la psicoterapia frente al mapa del cliente da forma a la naturaleza del proceso hipnótico (Mazzoni et al., 2013; Oakley et al., 2010).

Nuestra perspectiva de la psicohipnoterapia se basa en las líneas conceptuales que forman parte del marco teórico de la hipnoterapia contemporánea. Una línea conceptual basada en una actitud democrática hacia el cliente, fundamentada en el principio de la

reciprocidad, lo cual implica libre elección y autodeterminación. Bajo esta perspectiva, se considera que cada individuo dispone en sí mismo del potencial para implicarse en la búsqueda de los recursos y capacidades, conscientes e inconscientes, para resolver sus problemas. Se parte del principio Eriksoniano de que la respuesta al problema se encuentra en el propio individuo. El terapeuta facilita el proceso. Su papel consistirá fundamentalmente en animar al individuo a renunciar al papel pasivo de «paciente», haciéndole descubrir y usar sus potencialidades, generalmente inconscientes. Adoptando un papel activo en su tratamiento, a través de la combinación de factores mentales, físicos y emocionales, paciente y terapeuta trabajan activa y conjuntamente para encontrar las soluciones (Erikson, 1977; Hawkins, 2007; Rossi, 2003).

El terapeuta tendrá, así, en cuenta tres factores básicos para el trabajo hipnoterapéutico en general (Barabasz & Watkins 2012; Hawkins, 2007, p. 46-47; Lynn et al., 2008; Oakley & Halligan, 2010)

- La existencia de una historia, generalmente autobiográfica, que puede definir la etiología del problema o problemas presentados, así como facilitar el entendimiento clínico de los factores precipitantes y de mantenimiento de la sintomatología y cómo ha de ser tratada, teniendo en cuenta la variabilidad en características como la «absorción» y la «sugestionabilidad» que los sujetos presentan.
- El ritual, más o menos denunciado por lo cual se prepara el cliente para la intervención explicándole en qué consiste el proceso y los objetivos de la hipnosis, así como las estrategias y el tipo de sugerencias implicados en los procedimientos a aplicar. Se pueden incluir en esta etapa del procedimiento enfoques psicoanalíticos o cognitivo-conductuales, así como de otros marcos terapéuticos dependiendo de las características del problema que el paciente presenta. Se busca modificar los patrones instalados, gestionando las expectativas del paciente atendiendo al proceso de cura. El manejo de los procedimientos hipnóticos tendrá en cuenta la gestión democrática de los «mecanismos de poder» asociados inevitablemente al procedimiento, los mecanismos de influencia y el tipo de sugestión o sugerencias a aplicar. Estos se consideran de gran importancia, una vez que el simple pronunciamiento de la palabra hipnosis ya induce un cuadro de expectativas del paciente hacia la terapia.

- La relación terapéutica o *rapport* es uno de los elementos clave de una intervención terapéutica exitosa. Se considera esencial para la eficacia de los procedimientos y los cambios de conducta. Desde el punto de vista terapéutico, el afecto mutuo y ético entre el paciente y el terapeuta constituye uno de los factores terapéuticos de mayor relieve en el proceso de cambio del paciente. Si consideramos los mecanismos de gestión de expectativas, o, dicho de otro modo, de transferencia y contratransferencia implicados en la alianza terapéutica, nos damos cuenta de la motivación añadida para el cambio, porque los clientes desean en parte complacer a sus terapeutas, correspondiendo de forma directamente proporcional a la inversión empática y emocional de sus terapeutas.

Al hablar de alianza terapéutica en contexto hipnoterapéutico se debe entender como aquel tipo de relación que está centrada en los principios democráticos de la colaboración mutua. Las intervenciones unilaterales, basadas en una estrategia impositiva y de control, sustentadas por técnicas que de alguna manera alimentan el mito de la eficacia personal, no tienen, por supuesto, como refería Erikson, cabida (Erikson, 1977; Erikson & Rossi, 1992; Rossi, 2003). El desarrollo de una relación empática y positiva, o sea que pueda reflejar proximidad emocional, simpatía y comprensión por el problema del paciente, debe merecer del terapeuta mucha más atención que centrarse predominantemente en su competencia y experiencia técnica. Se trata de evitar desarrollar una actitud que alimente en el paciente, directa o indirectamente, la idea de la hipnosis como una panacea. Importante considerar que la figura del terapeuta, su personalidad, deberá ser caracterizada por la flexibilidad y libertad de posturas ideológicas y morales, teniendo siempre como prioritarias las necesidades del paciente. Aquí cabe naturalmente incluir las características nucleares del terapeuta, en las cuales se debe centrar la relación con el cliente para un buen y efectivo *rapport* clínico: la empatía, de la que ya hemos hablado; la congruencia, o habilidad del terapeuta para ser auténtico, responsable y abierto a las necesidades del cliente; el apoyo positivo incondicional, que se basa en la aceptación incondicional del cliente, mediante escucha activa y compasiva, generadora de intimidad y sensibilidad, abriendo puertas a las soluciones deseadas para el problema (Barabasz & Watkins, 2012; Erikson, 1977; Erikson & Rossi, 1992; Hawkins, 2007; Rossi, 2003).

Kihlstrom (2008), subraya que, desde una perspectiva clínica, la hipnosis puede ser considerada como el grupo de técnicas que utilizan formal y deliberadamente la sugestión

para provocar cambios en la conducta de los individuos. Aunque esta definición no incluya otros aspectos por nosotros ya referidos como presentes en el proceso hipnótico, sobre todo al nivel de los fenómenos de autorregulación del sujeto hipnotizado y de la comunicación, entre otros aspectos importantes para la práctica clínica que mencionaremos adelante, posee la gran calidad de nombrar los aspectos específicos que distinguen la intervención hipnótica de otros procedimientos o técnicas psicoterapéuticas, colocando el énfasis en la sugestión verbal, para modificar directa o indirectamente la forma como un sujeto responde y experimenta su mundo interno y externo.

Dado lo antes expuesto, el protocolo hipnoterapéutico completo en hipnosis clínica tendrá en cuenta no solo esos tres elementos de la intervención antes referidos, sino otros cuatro más que se potencian en base a las virtudes de la sugestión. Basándonos en la excelente síntesis propuesta por Hawkins (2007, p.44 y siguientes) se ha de considerar igualmente esenciales las siguientes etapas en el proceso hipnótico:

- *Catarsis e insight*: son los mecanismos mediante los cuales el ser humano se libera de la sobrecarga de angustia, resultante de los sentimientos de frustración acumulados y derivados de la no satisfacción de sus necesidades y expectativas. La primera, como el propio nombre indica, significa «limpiar» o «purificar» al sujeto de la carga emocional derivada de las experiencias potencialmente traumáticas o estresantes, que en general suele generar una tensión incapacitante; por la segunda, el sujeto integra en una lógica personal o universal de sentido dichas experiencias, facilitando su integración y superación. Articuladas entre sí, son la esencia del tratamiento, garantizando la sostenibilidad del cambio.
- *La reducción de la ansiedad y el apoyo emocional*: en esta etapa el terapeuta, recurriendo a la escucha activa, o mediante procedimientos técnicos y sugestiones positivas, influye en la reducción de la ansiedad. Facilita al cliente un *setting* terapéutico positivo y acogedor, en condiciones de seguridad y apoyo emocional que promueven la reducción del estrés. Se trata de ofrecer al paciente un *nuevo contexto cognitivo* y psicossomático que le permita la interpretación adaptativa de las situaciones vitales potencialmente traumáticas o estresantes. La persuasión y la sugestión, empleadas como parte del ritual de naturaleza sociocognitiva-terapéutica, «instruyéndole» sobre la efectividad de los métodos terapéuticos a emplear, suscitan en el paciente una actitud

positiva de «levantamiento moral» y de «aumento realista de la esperanza», promoviendo en él una actitud resiliente, como condición necesaria al cambio adaptativo de pensamiento y de conducta.

- *Desarrollo del auto-control y de la autonomía:* es propósito de la hipnoterapia que el paciente recupere un *locus de control interno*. Se toma como principio que una de las necesidades humanas básicas es ser auto-directivo e independiente. En hipnosis clínica, este principio va más allá del dar al cliente el contexto cognitivo adecuado para inducirle el cambio necesario, se le instruye en técnicas de autohipnosis, relajación e imaginación creativa, que son herramientas destinadas a incrementar su autonomía y auto-suficiencia.
- *Ensayo y confrontación:* hecho todo el proceso con vista a desvelar la sintomatología asociada al problema planteado por el cliente, se hace necesario medir el grado de adaptabilidad (estrategias de *coping*) del cliente frente a los problemas anteriormente planteados, pero ahora ya con las herramientas adquiridas en la terapia. Se trata de saber si estos se encuentran en condiciones de enfrentarse a los viejos y nuevos problemas planteados por las circunstancias concretas de su vida. En esta etapa suelen emplearse técnicas imaginación (como la del lugar seguro), de regresión y progresión positiva (imaginarse el pasado superado o el futuro feliz), destinadas a exponer en seguridad el paciente al objeto o situación traumáticos, así como pre-capacitar al paciente para el afrontamiento de los problemas de su propia vida.

Si la evolución terapéutica es favorable es muy probable que la confrontación ocurra naturalmente y por etapas a lo largo del proceso. Pero si la evitación es significativa, la pre-exposición al objeto evitado, primero en ambiente hipnótico, resulta ser un ensayo y una herramienta valiosa para la confrontación y superación definitiva del problema (Hawkins, 2007).

Como pudimos constatar, la hipnosis clínica o psicohipnoterapia comparte con otras psicoterapias sus principios y formas de intervención. Para muchas de ellas, sería de gran utilidad emplear refuerzos hipnóticos en sus estrategias terapéuticas (Barber, 1999; Castel et al, 2012; Hawkins, 2007; Mendonza & Capafons, 2009).

Otros aspectos deberán tenerse en cuenta en el momento de emplear la hipnoterapia (Hawkins, 2007; Mazzoni et al., 2013; Oakley et al., 2010). Sabemos que las necesidades de

los pacientes suelen trascender el contexto del que emergen. No empiezan con sus enfermedades, y tampoco terminan con ellas. La realidad social, política, cultural, económica de los pacientes suele ser un factor determinante para el éxito de una terapia. Esto es particularmente verdad en los pacientes de FMS que hemos estudiado. En mi experiencia clínica, hemos observado que los cambios hechos en terapia suelen titubear frente a la dura realidad social y económica de los pacientes, que parecen reactualizar la enfermedad siempre que vuelven a su contexto problemático, exigiendo medidas que se extiendan más allá de la consulta.

Además, la intervención hipnoterapéutica en eventos emocionalmente traumáticos, en todas sus formas, sean leves o graves, como objeto del estudio que desarrollamos aquí, implica trabajar bajo a la vez con la psicodinámica de los contenidos manifiestos y no manifiestos del inconsciente.

El énfasis de la psicohipnoterapia, además de ser una psicoterapia de síntesis que no se reduce a las técnicas hipnoterápicas resultantes de los sistemas psicoterapéuticos convencionales y de sus dinámicas teóricas, sino que va más allá integrando los constructos antropológicos, filosóficos y espirituales relevantes para la potenciación de la cura y reequilibrio de la vida mental del paciente, se orienta prioritariamente al cambio personal. El manejo del estrés y sus consecuencias psicosomáticas, bajo una comprensión integral de la conciencia, adquieren en este contexto una importancia vital (Hawkins, 2007).

II.3. HIPNOSIS, TRAUMA, DOLOR CRONICO Y SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

«The more we try to avoid the basic reality that all human life involves pain, the more we are likely to struggle with that pain when it arises, thereby creating even more suffering»

Russ Harris, 2014

La sociedad altamente capitalista y competitiva en la que vivimos, orientada al consumo y a la alienación de las necesidades espirituales humanas básicas, cobra especial relevancia en el universo de las mujeres que se enfrentan a ello en clara desventaja. La presión por la belleza, buen estatus, riqueza material y calificaciones que representen a la vez diferenciación, triunfo social y económico, las vuelve sirvientas de los mitos urbanos del éxito. A la vez, las responsabilidades sociales y de cuidado informal, sobre todo familiar, aumentadas por el hecho de ser sometidas a discriminaciones laborales, salariales y sociales, fomentadas por una política de género que disminuye sus derechos, completa el cuadro deprimente del estatus social, político y humano de la mujer contemporánea. Son madres, amas de casa, compiten con los hombres en desigualdad de condiciones y, por eso mismo, están más vulnerables a los problemas del estrés social y cotidiano. Su existencia

resulta dominada por presiones sociales, ambientales y psicológicas las cuales se reflejan en cambios bioquímicos, psicofisiológicos y conductuales negativos (*distrés*).

En el estudio que aquí desarrollamos con una muestra de mujeres con FMS, el análisis de estos cambios motivados por ese tipo de estresores traumáticos o potencialmente traumáticos parece resultar ventajoso para una comprensión biopsicosocial de la enfermedad.

Son muchos los estresores que pueden afectar al individuo traumáticamente, unos actuales, otros históricos, es decir, relacionados con las experiencias previas del mismo. Como refieren Cardeña y colegas (1999) «de acuerdo con las estadísticas, casi todos nosotros experimentamos al menos un suceso traumático a lo largo de nuestra vida, pero sólo una minoría desarrollará una condición postraumática (por ejemplo, trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático)». Las experiencias vitales, así como las situaciones físicas y ambientales, constituyen el cuerpo de lo que podemos entender por estresores actuales: muerte, enfermedad, intervenciones quirúrgicas, divorcio, jubilación, cambios económicos, son algunos de los acontecimientos vitales de gravedad que pueden generar estrés crónico.

Cuando hablamos de desajuste emocional derivado de una vivencia potencialmente traumática nos referimos a las que de alguna manera resultan en interpretaciones y conductas disfuncionales, desajustadas o inadaptadas por parte del sujeto que las sufre (*coping* desadaptativo). Sabemos que no todos los individuos generan, frente a estas situaciones o estresores vitales, las mismas conductas o síntomas. Algunos son naturalmente resilientes y las aprovechan para sacarles consecuencias positivas que refuerzan su estructura psicológica. Añadimos que no todos los estresores y no todo el estrés es negativo: como refiere Hanson (2004) citado por Hawkins (2007), el «estrés agradable, “eutrés”, incluye aspectos como dirigir el mundo, ganar una fortuna, disponer de una agenda muy apretada...». No tiene por qué generar todas las consecuencias negativas que se atribuyen al estrés malo o desagradable, “distrés”: aumento de la presión sanguínea, desesperación, impaciencia, ansiedad, problemas de concentración, de memoria, sexuales, de sueño, molestias gástricas, etc. (Olivius et al., 2004).

Entre estos estresores se pueden encontrar muchas experiencias vitales, generadoras de acontecimientos vitales potencialmente traumáticos que deben de ser integrados en al

menos dos dominios de la vida individual, y no tomados aisladamente, como propone Hawkins (2007):

- a) Los «recursos sociales continuos», en los cuales se incluyen las redes de apoyo social y los recursos financieros, entre otros. Se sabe que, además de los niños, también altamente vulnerables al desarrollo de trastornos por estrés postraumático, aquellos individuos con apenas apoyo social son más propensos a desarrollar el trastorno en comparación con los que presentan niveles más altos y satisfactorios de interacción y apoyo social (Brewin et al., 2000; Butler et al., 2003; Runtz & Schallow, 1997).
- b) Los «estresores continuos», por ejemplo, los derivados de trauma grave, como el abuso sexual, el asalto, enfermedades físicas graves, guerra, combate militar, catástrofes naturales, dolor crónico, acoso continuado, *bulliyng* psicológico o físico...

Cardeña et al. (1999), analizando la evolución de la definición de trauma, subraya que la originalmente propuesta por el DSM.III y que predominaba desde hace décadas, de que el trauma «es una experiencia ajena a la experiencia humana habitual», quedó obsoleta, dada que la experiencia de eventos traumáticos es más la norma que la excepción, conforme lo confirman las investigaciones epidemiológicas realizadas en los Estados Unidos. Esto amplifica enormemente la definición de trauma que ha sufrido una evolución en los DSM-IV y V, que se centra actualmente más en la vulnerabilidad del sujeto, que en los acontecimientos en sí mismos. En consecuencia, un determinado evento estresante no es traumático en sí mismo, pero puede serlo en sus efectos en un determinado individuo y no en otro (Weathers & Keane, 2008; Yehuda, 2002).

Trauma significa literalmente «herida, daño, shock». En su significado psicológico los eventos traumáticos han sido considerados tradicionalmente como aquellos eventos que dañan la integridad psicológica de la persona. No todos los individuos quedarán traumatizados frente a acontecimientos extremadamente estresantes, aunque algunos tipos de eventos son tan extremos y excepcionales (trauma grave) que puedan ser traumatizantes para la gran mayoría de las personas. Aun así, las patologías postraumáticas crónicas por lo general ocurren solo en una minoría (Cardeña et al., 1999, citando a Yeuda & McFarlane; 1995). Se estima que entre el 10% y el 25% de los adultos que han estado expuestos a un estresor extremo desarrollarán un trastorno por estrés postraumático

(Breslau, 2003; Kessler et al., 1996; Yehuda, 2002). En este sentido, al parecer las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar este tipo de trastorno, quizás por estar sometidas a más formas de discriminación y de violencia, entre otros posibles factores, junto con factores constitucionales y posiblemente bioquímicos (Brewin et al., 2000; Nijenhuis et al., 1998; Roth et al., 1997).

La probabilidad de desarrollar el trastorno por estrés postraumático (TEPT) depende principalmente de la intensidad del evento estresor y de su exposición física y emocional inadaptada al mismo. El diagnóstico de TEPT solo se volverá efectivo si los síntomas están presentes por al menos 3 días después de la ocurrencia del evento traumático, y mantenerse posteriormente hasta un mes después de dicha exposición. Empieza normalmente por un trastorno por estrés agudo, y solo como evolución negativa de ello se consolida como TEPT. La sintomatología clínica de los trastornos por estrés agudo (TEA), como primera fase del TEPT, aunque pueda variar de individuo a individuo, se caracteriza por una respuesta de ansiedad exacerbada, que incluye alguna forma de re-experimentación o de gran reactividad hacia el evento traumático. En algunos individuos, la presencia de sintomatología de tipo disociativo es muy común, siendo más común y generalizada en individuos con TEPT. Casi todos los tipos clínicos se caracterizan por actitudes y conductas de desapego, hiperexcitabilidad reactiva, emocional y fisiológica, en relación con las memorias asociadas al trauma, variando solamente entre sí por su mantenimiento en el tiempo. Así, en su caracterización diagnóstica, hay que tener en cuenta el tipo de evento estresor, los síntomas disociativos concomitantes (p. ej., desrealización), los síntomas intrusivos, el estado de ánimo negativo, el neuroticismo o afectividad negativa, la evitación, la presencia de síntomas de hiperactivación o hiperexcitabilidad (*arousal*), hipervigilancia, su duración y su importancia funcional, así como sus implicaciones en la dimensión social u ocupacional del individuo (DSM-5, APA, 2018).

La terapia de «exposición», más precisamente de autoexposición al objeto fóbico parece ser la más eficaz para el manejo de trastornos de ansiedad, la cual consiste en erradicar las respuestas de evitación a través de la exposición continuada al estímulo temido (Marks, 1991). La CBT clásica, dirigida al trauma, parece ser la que presenta el mayor grado de eficacia para cambiar en el paciente la creencia de que el mundo es un lugar amenazador, reduciendo o incluso eliminando la ansiedad provocada por el evento estresante (Bradley et al., 2005).

Sin embargo, no todos los pacientes soportan dicha exposición, por el sufrimiento que conlleva el recordatorio del trauma. Asimismo, a algunos terapeutas les resulta desagradable exponer a sus pacientes a la revivencia de tal sufrimiento; al evitarlo, suelen recurrir a técnicas de dudosa eficacia clínica teniendo en cuenta el problema, pero que resultan menos intrusivas y más llevaderas. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) desarrollada por Hayes, Strosahl y Wilson (1999, 2004; 2013), una CBT de tercera generación, ha dado a la técnica de la «exposición» una nueva perspectiva, cambiando el objetivo de reducir la ansiedad en el sujeto traumatizado, por el de estimularle la elección de una vía alternativa más adaptativa, una conducta alternativa a la evitación del estímulo amenazante basada en sus valores y capacidades personales. Se trata, por lo tanto, de una exposición flexible, basada en principios de autocompasión y aceptación comprometida con los valores del paciente bajo la intención de darle al sufrimiento un sentido útil (Harris, 2013). Esta idea no es nueva y ha sido expuesta por primera vez por Víctor Frankl, constituyendo el centro de su «logoterapia». Para este autor, basándose en su experiencia de haber pasado por algunos de los campos de concentración más terroríficos de la Alemania nazi, como Auschwitz y Dachau, «si la vida tiene un sentido, entonces el sufrimiento al igual lo tiene» (Frankl, 1991).

En la actualidad se reconoce que no todo el estrés potencialmente traumático se deriva de acontecimientos vitales estresantes. Los sucesos más mínimos, como perder un autobús, coger un catarro o comprobar que llueve, suelen ser estresantes y se denominan «fastidios cotidianos». Kanner et al. (1981) los han contemplado en su escala de dificultades junto con otros como las preocupaciones con el peso y figura corporal, la salud de un miembro de la familia, la subida de precios de productos de consumo diario, el mantenimiento del hogar, demasiadas cosas que hacer, etc. La importancia que la persona otorga a estos factores, junto con factores predisponentes como el alto neuroticismo u otras condiciones psicopatológicas específicas, entre otras, pueden amplificar la respuesta estresante y activar reacciones consistentes con TEA o TEPT.

En 1932, Walter Cannon (1871-1945), en su libro «*The wisdom of the body*» empleó por primera vez el término de «lucha o huida» para caracterizar los reflejos primitivos espontáneos de la activación simpática-adrenal en un organismo, en respuesta a un peligro percibido y otras presiones ambientales (Cannon, 1932). A su vez, Hans Selye (1907-1982), en 1956, complementa con su obra «*The stress of life*», el análisis de los efectos nocivos del estrés sobre la salud de los individuos sobreactivados continuamente por dicha

activación simpático-adrenal, concibiendo para definirlo el concepto de «Síndrome General de Adaptación» (SGA) (Gatchel et al., 2007). Estos dos autores, actualmente complementados, entre otros, por los trabajos de Robert Sapolsky, de la Universidad de Stanford, han confirmado los efectos nefastos y hasta cierto punto fatales del estrés en nuestro organismo, y se pueden considerar los pioneros de la psiconeuroinmunología, la cual se basa en la idea de que el estado psicológico de una persona puede influir sobre su sistema inmunológico y, consecuentemente, sobre su salud (Leherer et al., 2008).

En consecuencia, se puede distinguir lo que son efectos del estrés a nivel somático, conductual, emocional y cognitivo a corto plazo, de los efectos del estrés a largo plazo, como evolución negativa continuada de los primeros, definidos como trastornos, y cuya principal característica es la cronicidad (Barber, 1999; Hawkins, 2007).

Sin embargo, la vivencia de experiencias positivas como, por ejemplo, relacionarse bien, sentirse sano, ambiente familiar agradable, dormir bien, etc. y los estados de ánimo positivos y felices, tienen un efecto protector y están directamente relacionados con respuestas biológicas potenciadoras de la salud, mientras que un estado de ánimo negativo la reduce (Hawkins, 2007; Kanner et al., 1981; Steptoe et al., 2005;). El estrés resulta así ser el principal factor condicionante del sistema inmunitario de los individuos, influenciando el curso negativo de la enfermedad y actuando a la vez como factor predisponente y de mantenimiento de la misma. La cronicidad y la sintomatología reactiva de tipo somatoforme que se encuentra presente en muchos síndromes de dolor crónico como el FMS, suelen ocurrir a consecuencia (Cohen et al., 2003; Cohen et al., 2006; Cohen et al., 2015; Dell'Osso et al., 2011; Hawkins, 2007, p. 67-68).

Diversos estudios apoyan la idea de que la hipnosis es de gran utilidad y eficacia en la reducción y reconversión del estrés (Cardeña et al., 1999; Jansen, 2006; Oakley & Halligan, 2010; Ruzyla-Smith et al., 1995; Schnur et al., 2008), modulando sus efectos al nivel de algunos sistemas de especial importancia para la homeostasis física-psicológica del individuo y para la reducción del dolor, por ejemplo, el sistema nervioso, el sistema hormonal y la actividad hipotalámica (Hawkins 2007, p.68).

En cuanto a la naturaleza precipitante de los acontecimientos o experiencias vitales traumáticas, Hawkins (2007, p. 70) destaca como factores mediadores entre el estrés y la enfermedad, entre otros, el género, la personalidad y el apoyo social. La respuesta dolorosa se generaría de estas experiencias vitales, las cuales dependen del nivel de vulnerabilidad

del individuo a través de los factores mediadores antes mencionados. Refiere que las emociones negativas como la tristeza, el miedo, la ira, la vergüenza, etc. son reprimidas por los individuos y se vuelven inconscientes, generando y sosteniendo el proceso de «enquistamiento» que se refleja en los núcleos de síntomas de las diversas enfermedades.

En muchos enfoques terapéuticos, no solo de orientación psicodinámica, predomina la idea de que los acontecimientos vitales potencialmente traumáticos (PTLE) pueden resultar de tales materiales de naturaleza vivencial, inconscientemente «reprimidos» o convenientemente «olvidados» según la versión no dinámica, dependiendo de la perspectiva, por fenómenos de disociación patológica (Barber, 1999; Hawkins, 2007; Watkins 1988; Watkins & Barabasz, 2012). Muchos de ellos forman parte de la historia temprana de los pacientes, derivados de sus experiencias vitales traumáticas, o vividas como tales por el individuo: el duelo reprimido, el abuso físico, psicológico y emocional, el acoso sexual, sobre todo intrafamiliar, son algunas de las vivencias traumáticas cuya emergencia sintomatológica, presiona a la persona a su solución, generalmente confrontándola con el origen de su dolor. Roelofs y Spinhoven (2007) han revisado la relación entre trauma y los síntomas medicamente inexplicados (MUS) condición tipo de muchas enfermedades de dolor crónico como el FMS, concluyendo que la misma no solo existe, sino que es la responsable de dichos síntomas y respectivas condiciones médicas. Partiendo del supuesto que la enfermedad resultaría de tales factores predisponentes por somatización de las emociones negativas, la hipnosis actuaría, dentro de sus recursos naturales, por ejemplo, recurriendo, entre otras técnicas disponibles, a la imaginación guiada, de modo a liberar controladamente los contenidos vivenciales y emocionales «reprimidos». Esta apertura controlada y segura de los mismos (catarsis controlada), parece reducir la disociación patológica y toda la sintomatología adictivo-compulsiva generalmente asociada a estos cuadros psicopatológicos (Hawkins 2007; Watkins, 1988; Watkins & Barabasz, 2012).

Como comentan Cardeña y colegas (1999), los fenómenos disociativos son uno de los predictores de mayor importancia de los problemas postraumáticos crónicos. A consecuencia propone cuatro razones principales, adaptadas por nosotros, para el uso de la hipnosis y técnicas afines en el tratamiento de estos trastornos:

- Las técnicas hipnóticas complementan y se adaptan a los protocolos terapéuticos de enfoques terapéuticos distintos, psicodinámicos, cognitivo-

conductuales y farmacológicos, confiriéndoles un efecto sinérgico, aumentando en un 100% la eficacia de dichas terapias.

- Los Pacientes con TEA y TEPT (PTSD) suelen tener una mayor respuesta a sugerencias hipnóticas que la mayoría de otros grupos clínicos y no clínicos dado que, como hemos visto antes, las técnicas hipnóticas son más eficaces con individuos moderada o altamente hipnotizables.
- Sabiéndose que la gran mayoría de pacientes con síndromes postraumáticos sufren igualmente síntomas disociativos, y que la hipnosis puede inducir experiencias disociativas no patológicas con fines terapéuticos, en una forma controlada y estructurada, los pacientes pueden aprender técnicas para modular y controlar la aparición involuntaria de estos fenómenos, reestructurando tales experiencias.
- Las técnicas hipnóticas permiten al paciente recordar el suceso traumático en condiciones de exposición controlada y segura, desbloqueando las amnesias totales, o más frecuentemente parciales, típicas de los estados disociativos derivados del trauma. Cabe apostillar, como refiere Simões (2002), que el estado disociativo patológico también se puede considerar un EMC.

El cuadro teórico del uso de la hipnosis a que nos referimos anteriormente, pese el valor de las técnicas clásicas de uso más directivo, se debe entender preferencialmente por hipnosis naturalista, no directiva, la que implica predominantemente el uso de los recursos internos y de autocuración de los pacientes.

A esta visión de la hipnosis como psicoterapia con toque psicodinámico, como hemos visto en capítulos anteriores, no es ajena la influencia de Clark Hull (1884-1952), con sus estudios sobre el papel de la motivación en la hipnosis, y de Milton Erikson (1933-1968), su discípulo, que han sido dos de los grandes responsables de la aceptación de la hipnosis en la medicina actual. Han dado un giro a los métodos hipnóticos y la hipnosis clínica se ha vuelto, en consecuencia, progresivamente menos directiva, en una clara aproximación a los métodos dinámicos de Freud y Jung (Hawkins, 2007). Particularmente en el caso de Milton Erikson, las técnicas que empleaba eran basadas en sugerencias indirectas, recurriendo al uso de metáforas e historias inocentes, elaboradas en la medida de las necesidades del paciente. Cargadas de simbolismos liberadores, hechas con el objetivo de utilizar el sistema de creencias y recursos internos de los pacientes, ponían de manifiesto que lo más

importante no es lo que dice el terapeuta durante el procedimiento hipnótico, sino lo que el paciente hace con lo que el terapeuta verbaliza. El terapeuta es a consecuencia el que facilita el estímulo, que a la vez reclama del paciente la respuesta hipnótica. Una vez alcanzada, explora las implicaciones psicológicas a nivel profundo, «inconsciente» o «nuclear», resultantes de las problemáticas presentadas por el paciente (Erikson & Rossi, 1992; Rossi, 2003).

Este abordaje supone que las personas son perfectamente capaces, o sea, disponen, mediante estrategias y objetivos a desarrollar por el terapeuta en su plan de tratamiento y en sus intervenciones, de todos los recursos naturales necesarios para resolver sus problemas. Según Erikson, este proceso no vuelve, al terapeuta o al paciente, automáticamente conscientes de sus logros terapéuticos, a partir del simple ejercicio y finalización de la sesión de hipnosis. No hasta que haya transcurrido el tiempo necesario para que el paciente se enfrente a las personas, ambientes o situaciones significativas, en un proceso de «exposición» a la situación a partir de la cual, en primera instancia, ha emergido el problema. Solamente mediante tal confrontación, se consolidan los cambios realizados en terapia, lo que hace de este tipo de intervención clínica, un método particularmente dirigido a la experiencia vivencial del sujeto (Erikson, 1977; Hawkins, 2007; Rossi, 2003).

Aunque el «trance hipnótico» sea una expresión controvertida, dado el conflicto analizado previamente entre adeptos del estado y del no estado, Erikson y todos los investigadores de la misma línea son unánimes en reconocer que este puede resultar, por su simple ocurrencia, curativo en sí mismo. Llamó a este fenómeno «trance cotidiano común», y se refiere a períodos naturales de «autocuración» que pueden durar entre 10 y 20 minutos, en los cuales las personas pueden alcanzar un estado mediante el cual se les hace posible acceder a emociones, intuiciones y pensamientos profundos, una especie de ventanas abiertas a los contenidos del inconsciente, derivando de estos estados transitorios *insights* creativos y experienciales importantes (Erikson, 1977; Erikson & Rossi, 1992; Hawkins, 2007, p. 86-87; Rossi, 2003). Estos períodos pueden ocurrir espontáneamente, especialmente en individuos altamente hipnotizables (Barabasz & Barabasz, 2008), mediante técnicas de relajación, o por inducción hipnótica. El trabajo psicohipnoterapéutico sería así un instrumento más para acceder a estos recursos humanos naturales y, facilitando intencionadamente su ocurrencia con objetivos terapéuticos claros, promover la curación psicobiológica y afectiva del paciente, así como estimular su creatividad en el manejo de

cualquier tipo de estrés, sobre todo en situaciones potencialmente traumáticas, o las derivadas de las enfermedades de perfil doloroso crónico.

Aunque parezca no haber diferencia significativa en la eficacia de las sugerencias realizadas con y sin inducción hipnótica, por lo menos a nivel subjetivo, el estado hipnótico es un potente activador y amplificador de las sugerencias, como han demostrado Derbyshire et al. (2009) en estudios de modulación del dolor en pacientes de FMS. En línea con estos conceptos, las sugerencias, que como hemos visto ya, son la base de la experiencia hipnótica, no deben ser entendidas como medios de programar el sujeto que se encuentra sometido al proceso hipnótico, sino medios facilitadores de las experiencias creativas y auto-curativas del sujeto hipnotizado.

Resumiendo, expondremos en seguida de forma sintética, basándonos en las excelentes consideraciones de Hawkins (2007, p. 91-93), los aspectos centrales que hacen de la experiencia hipnótica clínica, bajo un enfoque más contemporáneo, un procedimiento terapéutico seguro y deseable en el marco investigador de este trabajo:

- El estado hipnótico o trance es natural y puede ocurrir sin la inducción formal del terapeuta.
- Toda la hipnosis puede considerarse autohipnosis, dado que se basa en una característica preexistente en los seres humanos, variando sus expresiones según el grado de hipnotizabilidad de los sujetos, con especial relevancia en los **high** más que en los **low**.
- Los individuos poseen una mente inconsciente o núcleo en la cual se encuentran los recursos para su curación y su autorrealización; es decir, el paciente es capaz, mediante estímulo hipnótico adecuado, de participar en la búsqueda de sus recursos internos para alcanzar los *insights* auto-curativos, hallando creativa y espontáneamente las soluciones para sus problemas.
- El estado de «trance» hipnótico facilita el acceso a estos recursos nucleares y consecuentemente promueve el *disclosure* (apertura consciente) de los contenidos «reprimidos» o «convenientemente olvidados», responsables de la sintomatología evidenciada, de forma controlada y segura, naturalmente, respetando el tiempo de la consciencia del sujeto y su homeostasis psicobiofisiológica.

Sus ventajas en el tratamiento de los PTLEs, especialmente en FMS, pueden resumirse del siguiente modo:

- Movilizar el paciente a desarrollar nuevas y positivas experiencias de afrontamiento, basadas en una valoración realista de las dificultades cotidianas, facilitándole el acceso a sus recursos internos con el consecuente fortalecimiento del ego. Son destacables la exploración de la creatividad y de la potencialidad del lenguaje del inconsciente en el desarrollo de estrategias de curación. El uso dinámico de estrategias verbales como metáforas, historias con directivas implícitas o preguntas de acceso que estimulan los recursos internos del paciente en la resolución de su sintomatología son estrategias bien conocidas de la hipnoterapia contemporánea (Erikson, 1977; Erikson & Rossi, 1992; Rossi, 2003).
- Estimular el paciente a afrontar el estrés derivados de los PTLEs a través de técnicas hipnoterapéuticas con recurso a la imaginación, a las sugerencias directas (dirigidas a la reducción o erradicación del síntoma) e indirectas (narrar historias que implican subentendidamente los síntomas y el modo de afrontarlos), al condicionamiento y descondicionamiento, a la relajación programada, a la regresión y progresión de memoria si es necesario, visualizaciones creativas, etc. A estas se pueden incorporar las estrategias y técnicas terapéuticas generales disponibles de otros enfoques terapéuticos, dinámicos y cognitivo-conductuales, sobre todo promoviendo la reestructuración vivencial y cognitiva, de dichos PTLEs, con la identificación (disclosure) de los estresores en presencia, sea históricos sea actuales, y manejarlos terapéuticamente (catarsis y insight, aceptación y compromiso). Además, el enfoque psicodinámico, según el cual el paciente debe acceder, a fin de resolver sus problemas, a los conflictos intrapsíquicos derivados de las experiencias «reprimidas» (material reprimido), muchas de ellas precoces, y lograr la curación y las estrategias cognitivo-conductuales antes referidas, ambas pueden ser aplicadas en EMC. Sea para lograr el insight, reevaluando el material conflictivo a la luz de una perspectiva adulta y de un contexto actualizado, sea mediante estrategias de reestructuración cognitiva y vivencial, la utilización de los EMC en contexto clínico conlleva un aumento de eficacia de las mismas con clara ventaja para el éxito del trabajo terapéutico con el paciente (Barber, 1999; Cardeña et al., 1999, 2013; Castel et al., 2012; Erikson, 1977, Erikson & Rossi, 1992; Hawkins, 2007; Hernández, 2010; Rossi 2003; Simões, 2002).

- Asistir y ayudar al paciente en la identificación y modificación de los factores mediadores, como el apoyo social, el ejercicio físico y los estilos de manejo, cambiando el modo como valora los factores existenciales potencialmente traumáticos, frente a los cuales presenta un cierto grado de vulnerabilidad, estimulándole la resiliencia y la adaptabilidad personal, interpersonal o social (coping positivo). En dolor crónico, este parece ser un factor importante en el nuevo abordaje biopsicosocial de la enfermedad y su respectivo tratamiento (Jansen, 2009, 2015).

II.3.1. EL PROCESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR Y LA RECOMENDACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDIANTE HIPNOSIS CLÍNICA: DIFICULTADES Y LIMITACIONES.

Como refiere Barber (1999, p. 73), «El proceso de la evaluación psicológica revela la compleja interacción que se da entre las variables psicológicas y la experiencia de sufrir un dolor durante un largo periodo de tiempo. Como siempre, las diferentes personalidades interactúan con las variables situacionales (la experiencia del dolor y, probablemente, cierta pérdida de participación en las actividades cotidianas), para generar lo que, en ocasiones, constituye un desconcertante despliegue de síntomas (...). El objetivo de la evaluación psicológica del paciente con dolor consiste en identificar aquellos factores psicológicos asociados al dolor, al sufrimiento y a la discapacidad».

La evaluación psicológica previa del paciente con dolor para someterse a un tratamiento mediante hipnosis puede naturalmente beneficiarse de los instrumentos de evaluación psicológica convencionales disponibles. No disminuyendo la importancia de la experiencia e intuición del hipnoterapeuta clínico, esa evaluación previa puede ser muy importante a la hora de establecer algún tipo de pronóstico favorable, medianamente favorable o nulo para un posible tratamiento bajo hipnosis: determinar lo que viene primero si la enfermedad dolorosa, si la condición psicopatológica, o sea distinguir entre lo que es primario y lo que es comórbido puede ser decisivo a la hora de establecer un plan de tratamiento. Además, casi todos los autores de hipnosis clínica coinciden en que es importante identificar previamente un conjunto de factores que pueden interferir en los resultados del trabajo terapéutico bajo hipnosis: el consumo de drogas o alcohol puede

inhibir el control del dolor por la recurrencia de los consumos; los trastornos de personalidad pueden resultar problemáticos a la hora de coincidir con los objetivos del tratamiento, inclusive para la constitución de una verdadera alianza terapéutica; las demencias pueden imposibilitar el trabajo con hipnosis, por los déficit de atención que suelen caracterizar a esta población clínica, impidiendo que los pacientes comprendan las sugerencias o siquiera puedan recordarlas (Barber, 1999; Hawkins, 2007).

Una evaluación psicológica adecuada tiene en cuenta los factores sociales y ambientales del entorno del paciente. Su familia, condiciones laborales y litigios sobre discapacidad asociados a potenciales compensaciones financieras pueden promover lo que Fordyce (1976) llamó «conductas de dolor» (Main et al., 2013). El tema no es nuevo. El célebre caso de Dora que Freud en su tiempo analizó pone de manifiesto este mecanismo. En determinadas culturas, donde las personas tienen pocos medios de supervivencia fuera del mundo del trabajo, suelen defenderse de las condiciones adversas del mismo recurriendo a una lógica compensatoria de la enfermedad: en estas, bajo determinadas normas de los sistemas de seguridad social y sanidad pública, la gravedad de la enfermedad está subentendida como «compensación». Su emergencia disminuye las posibilidades de éxito de una intervención psicoterapéutica y psicohipnoterapéutica. Sin embargo, no todos los beneficios secundarios deben de ser connotados como de manipulación o fingimiento, sino ser comprendidos, en una perspectiva más inclusiva y realista, como mecanismos de respuesta, quizás universales, por las cuales los organismos tienden a buscar el equilibrio posible con el mínimo esfuerzo, con vista a alcanzar lo máximo de bienestar situacional y afectivo (Barber, 1999, p. 75).

Mientras tanto, resulta bien conocido en la práctica clínica que la evaluación psicológica en el paciente con dolor crónico puede no resultar fácil, sobre todo en el contexto de patologías medicamente inexplicadas (MUS) como el FMS. El prejuicio algo generalizado con respecto al término «psicológico», demasiadas veces erróneamente asociado a «perturbación psiquiátrica», suele generar algún tipo de rechazo tanto a la evaluación como a la intervención. Su rechazo, al parecer, deriva del miedo a que sus síntomas resulten desvalorizados y desacreditados médicamente.

Una vez más, Fordyce (1976) sugiere que si es verdad que la estimulación nociva es causante de dolor, son las circunstancias ambientales y situacionales las grandes responsables por la experiencia y las conductas del dolor del individuo (Main et al., 2013).

Pese a que muchos autores defienden alguna cautela en la aplicación de técnicas hipnóticas con ciertos pacientes a nivel de alguna sintomatología, especialmente, como hemos referido, en las condicionantes psicóticas o demenciales, o en situaciones que presenten dependencia y labilidad afectiva, autores como Hawkins (2007, p.99) o Stoelb et al. (2009) consideran que «no existen verdaderas restricciones con respecto a su uso». Sin embargo, el clínico experimentado deberá proceder con cuidado atendiendo a la especificidad de algunas de estas condiciones clínicas. Otros autores, más de línea sociocognitiva, como Capafons (1999) o Lynn (Lynn et al., 2008), van más allá sugiriendo que el empleo de la palabra «hipnosis» debería estar restringido a la hora de trabajar con determinados pacientes, dadas las connotaciones negativas que conlleva, evitándose así resistencias indeseables.

Sin embargo, nuestra perspectiva va en sentido contrario. Como hemos visto en capítulos anteriores, y como refuerzan Gandhi y Oakley (2005) y Hawkins (2007), existen evidencias de que la eficacia de la inducción hipnótica parece incrementarse por el uso de la palabra hipnosis. Es decir, que hay una predisposición, en condiciones normales, para estimular el estado hipnótico cuando la palabra hipnosis es verbalizada facilitando consecuentemente la absorción de la sugestión.

Aun así, algunos mitos comúnmente presentes en el imaginario del paciente a respecto a la hipnosis, generados a partir de sus creencias y malinterpretaciones deberán ser aclarados preventivamente. Para trabajar positiva y de una forma realista las expectativas de los pacientes se necesita dejar claro que, pese su versatilidad y eficacia, la hipnosis no es una panacea universal para todo tipo de enfermedad, y no presenta el mismo grado de eficacia en todas las condiciones clínicas (Hawkins, 2007).

En este sentido, Hawkins (2007, p. 106), enumera algunos de los mitos más frecuentes:

- Que la hipnosis es equivalente a dormir.
- Que el hipnotizador dispone de control total sobre el paciente.
- Que la hipnosis es una experiencia inusual y anormal y, consecuentemente, puede ser peligrosa.
- Que el paciente puede comenzar a hablar espontáneamente y divulgar información personal y confidencial.

- Que el paciente perderá toda conciencia del entorno y no tendrá recuerdos de la experiencia hipnótica.
- Que el paciente no será capaz de salir de la experiencia hipnótica.
- Que el paciente puede iniciar conductas extrañas sugeridas por el hipnoterapeuta.

A propósito del último tópico, es importante esclarecer que la modificación de consciencia promovida por la inducción hipnótica no implica una efectiva pérdida de consciencia. Se dan alteraciones fisiológicas, en general bien caracterizadas, como una reducción del tono muscular y a la vez un incremento de la vasodilatación, acompañadas de un aumento de la concentración, manteniéndose el sujeto despierto, pero pudiendo ocurrir una pérdida de consciencia de lo que pasa en su entorno (Barabasz & Barabasz, 2008; Barabasz & Watkins, 2012). El papel de la inducción hipnótica consiste en generar en el sujeto un estado en el cual el procesamiento mental es modificado sin dependencia de sugerencias específicas (hipnosis neutra), aunque tenga como consecuencia, una vez alcanzado, una capacidad aumentada de «absorción» de las sugerencias que se considere adecuado realizar (Oakley, 2008, Hernández, 2010).

Esclarecidas algunas cuestiones previas al proceso de evaluación en psicohipnoterapia, otro tema importante en el trabajo con la hipnosis clínica vs experimental, parece ser la utilidad del uso de test clínicos estandarizados específicos de la hipnosis, a los cuales los hipnoterapeutas deberían recurrir para la evaluación de sus pacientes. Nuestra perspectiva es que los mismos no parecen ser necesarios y su valor clínico es controvertido (Hilgard & LeBaron 1982; Hilgard, 1982), una vez que el diagnóstico se puede al igual obtener por inducción hipnótica de tipo exploratorio, como hemos demostrado en De Almeida Marques et al. (2018, 2019). En nuestra investigación hemos recurrido a esta técnica, muy común en ciertos sectores de la práctica clínica con hipnosis, y hemos comprobado, a partir de los resultados obtenidos, su eficacia en la obtención de información que parece sensible para la solución potencial de los problemas de los pacientes, incluso sin recurso previo a cualquiera anamnesis.

Hablamos de las escalas de evaluación de la sugestibilidad y capacidad hipnótica que algunos autores en la tradición experimental suelen considerar importantes. Entre ellas están la *Escala de Stanford de Susceptibilidad Hipnótica* (Weitzenhoffer & Hilgard, 1959), la *Escala Grupal de Harvard de susceptibilidad Hipnótica* (Shor & Orne, 1962), el *Perfil de Inducción Hipnótica* de Spiegel - HIP (H. Spiegel, 1974; Spiegel & Spiegel, 1978; Spiegel,

Greenleaf, & Spiegel, 2000), la *Escala Clínica Hipnótica para Adultos de Stanford* (Morgan & Hilgard, 1978), y una versión para niños (Morgan & Hilgard, 1978), la *Escala de Sugestionabilidad* de Barber (Barber, 1969), *La escala de Imaginación Creativa* (Barber & Wilson, 1978), (Barber, 1999; Hawkins, 2007).

Son escasos los hipnoterapeutas que hacen uso de tales escalas en contexto clínico. Actualmente, se asume que incluso los pacientes con apenas capacidad hipnótica pueden beneficiarse de la hipnoterapia sin ese tipo de recursos de evaluación. Para los sociocognitivos es posible entrenar esta capacidad mediante la elevación de su sugestionabilidad a partir de las capacidades imaginativas disponibles en cada sujeto (Capafons, 1999, 2001; Lynn et al., 2015). Al contrario de Capafons y de las perspectivas socio-cognitivas, Spiegel y los autores más conservadores, escépticos cuanto al entrenamiento de la sugestionabilidad, defienden que la prueba de capacidad hipnótica es un instrumento formal que permite al terapeuta obtener un perfil diagnóstico del paciente, decisivo para determinar una estrategia terapéutica, incluso para aumentar su efectividad. Los instrumentos antes mencionados, según Spiegel, además de presentar los procedimientos hipnóticos a los pacientes, favorecen el *rapport* paciente-terapeuta. Considera que facilitan igualmente las expectativas positivas del sujeto hacia el procedimiento hipnótico, permitiendo a los pacientes la sensación de «examen diagnóstico» clínico normal, por identificación a los procedimientos médicos convencionales. De esta manera el terapeuta podrá mejor enfrentarse a los prejuicios clásicos a respecto de la hipnosis, resultando esta más creíble y aceptable (Hawkins, 2007, p. 111).

Con respecto al manejo de los distintos cuadros clínicos de dolor, Spiegel & Spiegel (2004) consideran indispensable el uso del HIP para identificar las diferencias individuales de los sujetos con respecto a su grado de hipnotizabilidad, posibilitando, mediante esta evaluación previa, el uso de procedimientos diferenciados para el control del dolor ajustados al perfil terapéutico del paciente. Un ejemplo de aplicación de procedimientos hipnoterapeúticos en función de los resultados del HIP, consistiría en que a los sujetos altamente hipnotizables se les proporcionarían sugerencias de desensibilización o disociación corporal mediante técnicas de autohipnosis, mientras que para los medianamente hipnotizables las técnicas de imaginación activa y alteración sensorial serían las más recomendables. Por ende, a los poco hipnotizables se les propone el uso de técnicas de distracción cognitiva (Spiegel & Spiegel 2004; Hawkins, 2007, p. 112). Pero, como

acentúa Barber (1999, p. 41), «la receptividad hipnótica es un buen indicador de la respuesta hipnótica a la sugestión, pero no predice la respuesta clínica al contexto terapéutico en el que se realizan las sugestiónes». A causa de esto, el mismo autor defiende que las pruebas que funcionan en contexto experimental pero no en contexto clínico solo han de realizarse bajo determinadas circunstancias». El hecho de que muchos pacientes no respondan bien a las evaluaciones hipnóticas estandarizadas, especialmente en contexto clínico, constituye un obstáculo importante a tener en cuenta. Una vez más, la experiencia clínica nos aconseja una postura más flexible y adaptativa del terapeuta hacia el paciente. Fomentar una sólida alianza terapéutica es la solución a este problema.

Se pueden apreciar las ventajas de la propuesta de Erikson que han revolucionado la hipnosis contemporánea, apostando por una hipnoterapia más marcadamente psicodinámica e inventiva. Sin sus contribuciones, la hipnosis de cuño transpersonal de Maslow (1964) no podría haberse convertido, por su originalidad y universalidad integradora, como «la cuarta fuerza de la Psicología» (Walsh & Vaughan, 1993). El principio de que «todos los individuos normales pueden ser hipnotizados», resultando la tarea del terapeuta crear un *setting* apropiado al desarrollo del proceso hipnótico, conlleva la idea de que generalmente no son los pacientes sino la incompetencia o rigidez del terapeuta lo que compromete la viabilidad y eficacia del proceso hipnótico (Erikson, 1977; Erikson & Rossi, 1992; Rossi, 2003). Barber (1999, p.29) refiere que, en esta relación dinámica, se evoca una «implicación arcaica» por la cual, el paciente, como receptor de las sugestiónes, en su relación terapéutica con el hipnotizador, «evoca experiencias de cuidado precoces». Para este autor, este proceso trasferencial sería el factor decisivo para la eficacia clínica de la hipnosis.

Es necesario indicar que el propósito clínico no consiste en aplicar protocolos estandarizados, como suele pasar con la hipnosis experimental. En clínica, los protocolos son individualizados y adaptados a la realidad del sujeto, a la vez que se busca el máximo éxito terapéutico posible, resultando esto en procedimientos innovadores, personalizados y sofisticados. A consecuencia, se vuelve más difícil establecer, desde el marco metodológico-científico, relaciones de causalidad entre el tratamiento y sus resultados (Barber, 1999). Resulta que, en este ámbito procedimental, la alianza terapéutica entre terapeuta y paciente exige del primero una permanente adaptación basada en la empatía, confianza mutua y respeto por la dinámica propia del paciente. Sus procedimientos deberán basarse en un estilo de comunicación y en un lenguaje adaptado a la cultura y

emocionalidad del paciente. Esta estrategia permitirá al terapeuta intuir lo necesario para que el paciente esté predispuesto y receptivo, facilitando la respuesta hipnótica de forma positiva y eficaz.

Según Barber (1999, p. 29), la hipnosis y el tratamiento hipnótico se apoyan en la asunción de que la experiencia hipnótica es un fenómeno de gran complejidad que se resiste a las definiciones comunes o restrictivas del conflicto «estado/no-estado» *per se*. Más bien resulta de la interacción dinámica entre la modificación del estado de conciencia del paciente y la diversidad de fuerzas psicológicas, sociales y situacionales implicadas. Estas son propias de la condición humana y se constituyen como la base del abordaje biopsicosocial de la hipnosis (Jensen, 2015).

Como hemos referido anteriormente, la modificación del estado de conciencia derivada de la inducción hipnótica se caracteriza por una mayor disponibilidad del sujeto para aceptar sugerencias. Sin ello, la capacidad para alterar la percepción y la memoria de los hechos, potenciándola o inhibiéndola en función de sugerencias específicas no sería diferente de la de las sugerencias comunes que forman parte de la comunicación cotidiana. Oakley (2008) ha insistido en la necesidad de distinguir los efectos provocados por el estado hipnótico en sí mismo, originados por la inducción hipnótica (el vulgar «trance»), y los efectos característicos de la sugestión. Los primeros son más específicos y estrictos, mientras que la segunda es más global y diversificada. La inducción hipnótica parece propiciar las condiciones de activación de una capacidad preexistente en los sujetos para la sugestionabilidad (Oakley & Halligan, 2010). Sin embargo, esta condición de un «estado modificado de conciencia» estimulado por inducción hipnótica propicia no solo la posibilidad de controlar sistemáticamente una serie de funciones fisiológicas normalmente involuntarias, tales como la actividad glandular, la actividad vasomotora, etc., sino que además tiene especial utilidad en el control del dolor. En un estudio realizado con pacientes de FMS, Derbyshire et al. (2009) han podido comprobar la eficacia del uso de las sugerencias en el manejo y modulación del dolor. Aunque no hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas en términos de su eficacia, en las sugerencias hechas con y sin inducción hipnótica, sobre todo en estas últimas, han podido comprobar que áreas del cerebro asociadas al dolor físico como el tálamo, la corteza cingulada anterior (ACC), la ínsula, y las cortezas pre-frontal y parietal, se encontraban sobreactivadas. En un estudio anterior de 2004, este autor y colegas (Derbyshire et al., 2004) han verificado, mediante análisis de datos obtenidos por resonancia magnética funcional (RMf), que el dolor inducido

por sugestión hipnótica en individuos sin estímulos dolorosos, se acompañaba por una sobreactivación de las áreas de cerebro asociadas al dolor, como que ocurre en el dolor físico. Sin embargo, en el dolor imaginado, sin inducción hipnótica, no se verificó dicho fenómeno.

En el ámbito del manejo del dolor bajo sugerencias hipnóticas (DeSouza et al., 2020), asumiendo todo el potencial curativo inherente a la modificación del estado de conciencia y consecuentemente de la receptividad hipnótica, la creación de lo que Barber ha definido como «alucinaciones positivas o negativas» en el individuo, dicho de forma más rigurosa, las «sugerencias de condicionamiento positivo (potenciadoras) o negativo (inhibitorias)», o sea la capacidad para hacer el sujeto «percibir algo que de otro modo no percibiría, o no percibir algo que de otro modo se percibiría», permite un abanico de estrategias y posibilidades terapéuticas de gran alcance y eficacia (Barber, 1999, p. 29).

Bajo esta idea, estos recursos hipnoterapéuticos permiten muchos fenómenos de gran valor para el trabajo terapéutico con el dolor, entre ellos la hipnoanalgesia (ausencia de percepción del dolor) y la hipnoanestesia (ausencia de sensación del dolor). Stoelb et al. (2009) subrayan que una combinación de sugerencias analgésicas y no analgésicas parece ofrecer un gran beneficio en la gestión del dolor en sujetos con dolor crónico.

Resulta importante mencionar, por prevención, que no se debe proceder, aunque es posible, a la erradicación total del dolor de un paciente con dolor crónico. Reducirlo, hasta un grado aceptable, mantiene en el individuo un cierto nivel saludable de atención al dolor, de modo a no enmascarse el dolor orgánico de cualquiera etiología, que siempre puede ocurrir inadvertidamente, especialmente el dolor de tipo agudo. De hecho, como reconoce Turk et al. (1999, 2002), reducir el dolor no siempre es la labor prioritaria en el tratamiento de la persona con dolor crónico, sino mejorar su perfil de funcionamiento y de actividad a diversos niveles, mejorando sobre todo su calidad de vida.

Otro factor de relieve, es la «disociación no patológica» que la hipnosis promueve y que Hilgard (1973) consideró como un mecanismo esencial al proceso hipnótico de la «modificación del estado». Como se sabe, es una característica psicológica muy característica de los estados patológicos, por ejemplo, de la personalidad, pero también de los estados de estrés postraumático, como hemos visto antes. La verdad es que hablamos de una característica del funcionamiento psicológico humano natural, cuya expresión, patológica o no patológica, varía en grado e intensidad según la naturaleza del estímulo.

Cuando el estímulo suele ser el trauma, la disociación es un mecanismo de huida de la realidad traumática, que permite al sujeto que la sufre, escapar del choque que le produce el evento traumático. Watkins (Watkins, 1988; Watkins & Barabasz, 2012), con respecto a esto, refieren que muchas pacientes abusadas sexualmente, sobre todo intrafamiliarmente, suelen describir este tipo de experiencia como «estar fuera del cuerpo» mientras ocurre el abuso, describiéndolo como «esto no me está pasando a mí, está pasando a mi cuerpo» o «a mis genitales».

En general, los pacientes que sufren de dolor crónico, ante la imposibilidad de erradicar definitivamente su dolor, tienen la expectativa de, al menos, una reducción sin efectos secundarios adversos. Estos efectos secundarios temidos suelen vincularse al consumo exagerado y continuo de medicación. El aumento de la consciencia de su dolor y la reducción de sus niveles de actividad suelen venir a consecuencia. El aumento de su autonomía, mediante prácticas de *coping* positivo en el manejo de su dolor, les podría hacer incrementar su *locus de control interno* y ganar más independencia del sistema sanitario (Turk et al., 2002).

Como refieren Barber (1999, pág. 32), Capafons (2001) y Mendonza & Capafons (2009) el tratamiento hipnótico, además de potenciar otros tratamientos o intervenciones de carácter clínico de forma eficaz y muy valiosa, es incomparablemente beneficioso frente a otras técnicas psicológicas, aun cuando se trata de tratamientos de eficacia comparable a la hipnosis. Sin efectos secundarios, de bajo coste y ganancia evidente de tiempo (Hammond, 2007; De Almeida Marques et al., 2018, 2019), la hipnosis potencia el bienestar partiendo de una situación de malestar declarado, a partir de los recursos autocurativos del paciente.

La historia de la hipnosis, a semejanza de otras intervenciones clínicas, es también y muy especialmente la historia del manejo del dolor, sobre todo gracias a la gestión de factores como la expectativa, la motivación y a la sugestión. Como procedimiento terapéutico, la experiencia y la observación son igualmente factores de relieve en su historia: incipiente con Mesmer, alcanza actualmente su apogeo en una práctica clínica muy soportada por la evidencia científica.

Hasta ahora no se ha podido comprender cabalmente la estructura subyacente a los mecanismos de modulación y control del dolor en hipnosis (Barber, 1999, p. 36). Aunque los avances del estudio de los mecanismos cerebrales y correlatos neurocerebrales

implicados en receptividad hipnótica, en la analgesia y en la anestesia hipnóticas (las dos intervenciones clásicas mejor conocidas del manejo y control del dolor, auto y heteroinducido), se están beneficiando del uso de técnicas de neuroimagen (PET, RMf), Landry et al. (2017, 2015, 2016) refieren que los resultados aún carecen de consistencia.

A tal inconsistencia no será ajeno el hecho de que la gran mayoría de los estudios están más dirigidos a comprender *correlaciones* que investigar la *causalidad*. Para abordar tal problema, Jensen y colaboradores (2015) han realizado la ardua labor de revisar la literatura significativa más reciente sobre el tema: se han propuesto entender los mecanismos de la hipnosis, receptividad y respuesta hipnóticas, desde el punto de vista de la causalidad, o sea de lo que está implicado en la respuesta hipnótica y sus efectos. Sus resultados refuerzan la evidencia de la eficacia de los tratamientos realizados bajo hipnosis. Mientras tanto, sin que se sepa cuáles los factores relevantes para comprender cómo la hipnosis produce sus efectos beneficiosos, sus conclusiones refieren que no hay factores específicos que aisladamente expliquen la respuesta a las sugerencias hipnóticas. Sostienen que diferentes factores podrán estar implicados, incluso a la vez, dado que diferentes condiciones y diferentes *settings*, pueden, bajo las mismas sugerencias, producir diferentes resultados.

Con el propósito de explicar los mecanismos que aportan eficacia a la hipnosis y son responsables por sus efectos beneficiosos, se han propuesto diversos modelos explicativos. Sin embargo, la gran mayoría de los investigadores y de los clínicos no asumen un modelo único, sino que prefieren un abordaje plural multifactorial, sobre todo desde la perspectiva clínica, orientados por lo que puede convenir a los intereses de los pacientes.

Un abordaje como el propuesto por Jensen y colaboradores (2015), biopsicosocial, enfatiza una vez más la importancia de la relación entre el hipnotizador y el sujeto, dónde interactúan todos los mecanismos psicológicos de «absorción» y de «respuesta», las características personales y los mecanismos fisiológicos implicados a la vez en esta relación o interrelación.

En su revisión, Jensen et al. (2015) identifican dos áreas del cerebro que responden a la analgesia hipnótica y a la respuesta hipnótica en general: las cortezas frontal y cingulada, anterior (ACC) y mediana (MCC). La corteza cingulada, particularmente la ACC, parece especialmente activada en inducciones y sugerencias hipnóticas que evocan memorias autobiográficas agradables y placenteras con el objetivo de reducir la intensidad y el

malestar producidos por el dolor (Barabasz & Barabasz, 2008). Se sabe que, durante el proceso hipnótico, se observa una asimetría hemisferial en la corteza cerebral (Edmonston & Moscovitz, 1990), activándose más el lado derecho, que se vincula a la creatividad, la intuición, el pensamiento no verbal y no analítico. Además de estos factores biológicos, los autores refieren cuatro dominios psicológicos y dos sociales que predominan en los estudios revisados:

Los psicológicos son:

- Hipnotizabilidad.
- Expectativas.
- Motivación.
- Absorción.

Los sociales son:

- Rapport.
- Contexto social.

Jensen et al. (2015) no han encontrado preponderancia de ningún factor sobre el resto de los citados. Como potenciales moderadores, aparte de que no todos han sido investigados por igual, los resultados han mostrado correlaciones débiles a moderadas entre los mismos y la receptividad hipnótica. También falta evidencia sobre su posible papel mediador de la receptividad hipnótica, con una u otra excepción, aunque irrelevante. En cuanto a las expectativas, su papel resulta más consistente, aun así, parece que su rol como moderador de la respuesta hipnótica es más relevante en el dolor agudo que en dolor crónico. Ya en cuanto a los factores sociales, resulta evidente la importancia del *rapport* o alianza terapéutica. Los lazos afectivos entre paciente y terapeuta parecen cobrar alguna relevancia en los resultados beneficiosos de la intervención hipnoterapéutica. Se cree que la hipnotizabilidad (DeSouza et al., 2020) del sujeto puede actuar como moderador de los efectos del *rapport* en la respuesta hipnótica, sin embargo, más en los *low* que en los *high*.

En cuanto al contexto social, algunos autores sociocognitivos destacan que situar a los pacientes en contexto hipnótico bajo la etiqueta de hipnosis facilita significativamente el éxito del procedimiento hipnótico. Jensen refiere un estudio de Spanos y colaboradores (1984) en el cual los sujetos con características de hipnotizabilidad "*high*", "*médium*" y

“low”, expuestos a diferentes grados de sugerencias «hipnóticas» para reducir el dolor, han obtenido una reducción del dolor significativo, en comparación con el grupo de control sin inducción hipnótica. Igualmente, Derbyshire (2007) ha encontrado que una inducción de relajación etiquetada con el término «hipnosis» produce más reducción de dolor que el mismo procedimiento sin ser etiquetado de hipnosis. Además, hay evidencias experimentales de que el uso del término «imaginación» en lugar de «hipnosis» reduce significativamente la eficacia del procedimiento. Los factores sociales parecen estar poco a moderadamente correlacionados con la respuesta hipnótica, pero las investigaciones son aún insuficientes. Aun así, se puede adelantar que los efectos de los factores sociales, pueden estar modulados por el rasgo de hipnotizabilidad negativamente en los sujetos **high** y positivamente en los **low** (Jensen et al., 2015). Se confirma que los últimos parecen depender más del *rapport* que los primeros.

En cuanto al dolor crónico, Adachi y colegas (2014), en su meta-análisis de 473 artículos, han encontrado que la hipnosis es eficaz para el manejo del dolor crónico. Aunque no exentos de alguna disparidad en los resultados, mayormente centrados en ciertas dimensiones del dolor, como la afectiva o la cognitiva, pero no en las dos a la vez, Holroyd (1996) y Jensen et al. (2011) citados por Adachi et al. (2014), han referido, el primero, la eficacia de la hipnosis en la dimensión afectiva del dolor, y, el segundo, en la dimensión cognitiva.

Dillworth y colegas (2010) han constatado, en un estudio de revisión evaluando la eficacia de la hipnosis en dolor crónico, su eficacia como complemento de otras modalidades terapéuticas en la reducción del dolor. Adachi et al. (2014) refieren incluso que la hipnosis parece ser una psicoterapia más eficaz para el dolor crónico que otras intervenciones psicológicas, como la imaginación guiada, o incluso más eficaz que la CBT, pero no para migrañas, si comparadas ambas con grupos que no están siendo objeto de tratamientos particulares. Por eso sugieren que la hipnosis deba ser elegida como una intervención psicológica para el manejo del dolor crónico, a solas o como complemento de la CBT, dado que no deben considerarse mutuamente excluyentes, como comprobaron Castel y colegas (2012). En el mismo sentido, Adachi y colegas (2014) refieren la eficacia de la hipnosis en pacientes con FMS (Castel et al., 2008, 2009, 2012, 2016) y pacientes sufriendo estrés postraumático, con o sin FMS (Lesmana et al., 2009).

En plan puramente clínico, los tratamientos de pacientes con FMS mediante recursos hipnoterapéuticos adquieren especial relevancia. Es sabido que la hipnosis convencional es

particularmente eficaz en el tratamiento del dolor (Thomson et al., 2019). La hipnosis contemporánea, menos convencional, hipnodinámica, regresiva y exploratoria, de estructura e intencionalidad psicoterapéutica, ha conseguido ir más allá, e incluir en su práctica clínica la exploración intrapsíquica de las causas del dolor, sobre todo el dolor somatomorfo, o el dolor cuyo origen es médicamente inexplicado (MUS). En este sentido nos parece especialmente indicada para la investigación de síndromes como el FMS, sea en el tratamiento sea en el diagnóstico (De Almeida Marques et al., 2018, 2019; Hilgard & Hilgard, 2013).

Al parecer, en los últimos cuarenta años de investigación no se ha encontrado relevancia ni en la inteligencia ni en el sexo de los sujetos como factores condicionantes para la creación del estado hipnótico (Barber, 1999, pp. 37). Así lo ha demostrado el importante trabajo de Hilgard y Hilgard (2013) con dolor agudo y crónico: niños y adultos son igualmente capaces de reducir o eliminar diferentes tipos de dolor. Sin embargo, se puede especular que las perturbaciones disociativas en algún grado sí que pueden influir en el estado hipnótico. En este sentido, Barber (1999) destaca, al igual que Adachi y colegas (2014), que el control hipnótico del dolor parece ser más eficaz que otros métodos y estrategias psicológicas.

Sí es cierto, como hemos visto anteriormente, que la reducción del dolor mediante técnicas hipnóticas implica múltiples mecanismos neurofisiológicos y psicológicos, particularmente evidentes en los fenómenos de analgesia hipnótica, y que estos mecanismos implican a la vez distintas dimensiones de la experiencia y de conducta asociadas al dolor. En este contexto, el estudio más amplio y reciente de meta-análisis realizado hasta ahora, buscando cuantificar la eficacia de la hipnosis como técnica de reducción del dolor, así como identificar los factores que influyen su eficacia, se debe a Thompson y colegas (2019). Basándose en ochenta y cinco ensayos clínicos aleatorizados controlados encontraron evidencias de que la hipnosis produce analgesia sustancial, con excelente alivio del dolor inducido experimentalmente, siempre y cuando el uso directo de sugerencias de analgesia se realiza a muestras donde predominan los sujetos altamente sugestionables. Su eficacia parece estar influida por la sugestión hipnótica y por el uso directo de sugerencias analgésicas, utilizadas en sujetos alta y medianamente sugestionables que presentaban respectivamente 42% y 29% de reducciones clínicamente significativas en dolor. Los efectos han sido mínimos en sujetos tipo poco hipnotizables. Sin embargo, dicen, se necesitan estudios bien controlados en contextos clínicos reales, no

experimentales, a fin de establecer la eficacia de la hipnosis para el tratamiento y manejo del dolor clínico. Esto significa, para los autores del estudio, que la intervención en dolor bajo hipnosis, aporta un alivio del dolor, sobre todo dolor agudo, para la mayoría de la población que la sufre, además de ser una efectiva y segura alternativa, o como coadyuvante, de la intervención farmacológica en esta población clínica. Si bien la población altamente hipnotizable representa, según Hernández (2010), no más de un 15%, la menos hipnotizables puede beneficiarse de técnicas de entrenamiento de competencias en materia de susceptibilidad y receptividad hipnótica.

Barber (1999, p. 102) destaca, desde una perspectiva clínica, algunos efectos beneficiosos, así como algunas limitaciones del procedimiento hipnótico de control y manejo del dolor:

- Reducción parcial del afecto asociado al dolor (p. ej. la sensación de displacer), mediante cambios en el significado de las sensaciones y de los contextos en los que se producen. Esto conlleva beneficios obvios, dado que el componente afectivo del dolor suele ser más generalizado y dañino en pacientes con dolor crónico, fomentando las comorbilidades.
- Reducción del dolor sensorial, a través de mecanismos que desvían el dolor de la conciencia (disociación), una vez la información nociceptiva haya alcanzado los centros superiores. Al parecer, con la desventaja de no reducir las consecuencias autónomas, neuroendocrinas y neuroinmunológicas del dolor, manteniendo la reactividad al estrés que el dolor conlleva, en detrimento del estado fisiológico del individuo.
- Inhibición de las señales del dolor, que ocurre a nivel del procesamiento espinal, permitiendo atenuar las consecuencias fisiológicas negativas del dolor, interrumpiendo la activación supraespinal de las estructuras cerebrales implicadas en las respuestas autónomas y neuroendocrinas del dolor.

Estas implicaciones terapéuticas pueden ocurrir a la vez o parcialmente dependiendo de las diferencias individuales de los distintos sujetos sometidos al proceso hipnoterapéutico. Sabiéndose que «el tratamiento hipnótico es capaz de modificar tanto el componente sensorial del dolor, como el afectivo, la eficacia de las múltiples técnicas hipnóticas disponibles está en función de las circunstancias clínicas» (Barber, 1999, p.107). Existen evidencias de que la receptividad hipnótica se correlaciona positivamente con el

dolor afectivo, y que este se reduce más que el dolor sensorial en pacientes con dolor crónico (Barber, 1999, p. 102).

En este sentido, Barber (1999) propone incorporar, invocando su experiencia con la cual nos identificamos, como elementos fundamentales de la intervención hipnoterapéutica, considerados aisladamente o en conjunto, con vista a su eficacia clínica los siguientes procedimientos terapéuticos:

- Reinterpretar las sensaciones, para permitir al paciente su incorporación adaptativa en su vida.
- Desarrollar expectativas nuevas en relación al sufrimiento para evitar que el paciente lo convierta en su centro vital.

En este punto cabe plantear la cuestión de si existen criterios de elección aplicables a quienes cumplan los requisitos para el tratamiento hipnótico. En principio todas las personas pueden recurrir a los métodos hipnóticos para gestionar su dolor. Sin embargo, ha de considerarse razonable no ignorar la realidad clínica del paciente, o sea, el tipo clínico y dimensión de su dolor. La experiencia aconseja tomar algunas precauciones a la hora de evaluar e implementar un tratamiento bajo hipnosis, y el hipnoterapeuta competente deberá tenerlas en cuenta. Al respecto, coincidimos con Barber (1999, p.43), en que el terapeuta debería plantearse algunas cuestiones previas:

- ¿Puede, dada la confianza posiblemente ilimitada del paciente en los procedimientos hipnóticos, que él mismo se ponga en situaciones de riesgo innecesario?
- ¿Se siente suficiente y adecuadamente responsable para iniciar un tratamiento?
- ¿Puede el paciente adaptarse a la intimidad emocional (*rapport*) subyacente al *setting* hipnoterapéutico típico y enfrentarse a sus posibles miedos, como el miedo a la pérdida de control o a algún grado de sumisión a la autoridad?
- ¿Tiene el paciente la posibilidad de experimentar una reducción del dolor, sin sufrir pérdidas significativas de su autoestima, compensación, beneficios secundarios, estabilidad del sistema familiar, etc.?

Si están convenientemente identificados estos supuestos y previamente trabajados con el paciente, entonces se puede proceder a la intervención. Adaptamos una vez más de Barber (1999, p. 47) y Hawkins (2007) la descripción de algunas etapas que creemos pueden ser interpretadas universalmente, como pasos de una intervención clínica competente:

- Suscitar la atención, el interés y la cooperación terapéutica del paciente.
- Reducir progresivamente el nivel de atención dispersa del paciente, centrándolo más en los objetivos terapéuticos de la sesión.
- Sugerir la disociación del estado de vigilia hacia el estado modificado de consciencia, creando una sensación de confort emocional, vivenciando el estado modificado en plena seguridad y confianza. Para eso, el terapeuta podrá proporcionar al paciente sugerencias de un lugar seguro y aplacible, adónde el paciente pueda volver siempre que la experiencia le resulte muy difícil de soportar.
- Acceder a través del síntoma y explorar su causalidad vivencial u otra, fomentar la *catarsis* controlada y estimular el *insight* ofreciendo sugerencias terapéuticas liberadoras.
- Proporcionar sugerencias para finalizar la experiencia, y sellar adecuadamente los efectos emocionales, sensoriales y cognitivos de los contenidos vivenciados en la sesión, brindando sugerencias de bienestar.

Independientemente de todos los cuidados inherentes a la experiencia hipnótica, hay que considerar la capacidad de la mente humana para generar espontáneamente o de forma inducida fenómenos de autorregulación positiva, probablemente asentados en mecanismos naturales de homeostasis psicológica. Tal capacidad suele observarse en la hipnosis no directiva, o incluso en las experiencias naturales de «trance cotidiano» a que se refería Milton Erikson (Erikson, 1977; Erikson & Rossi, 1992; Friedman & Hartelius, 2015; Grof, 2000, 2010; Hawkins, 2007; Rossi, 2003; TenDam, 2014; Watkins & Barabasz, 2012).

En muchos casos de pacientes con FMS es probable un componente traumático (Barber, 1999; Watkins & Barabasz, 2012). Un clínico suficientemente atento a los signos presentes en la narrativa autobiográfica del paciente sabrá identificar aquellos que sugieren un sustrato orgánico o patológico subyacente al tipo de queja planteada, e incluso

considerar, con legitimidad clínica, que el exceso de signos subjetivos puede ser el reflejo de un dolor mayoritariamente de origen psicológico (Barber, 1999, p. 68).

Promover la curación, prevenir la enfermedad y consecuentemente el sufrimiento inútil (Frankl, 1991), son objetivos comunes a las ciencias de la salud. Sin embargo, debemos a los teóricos e investigadores de la hipnosis, en especial de la hipnosis no directiva (Erikson, 1977; Erikson & Rossi, 1999; Rossi, 2003; Hawkins, 2007; Watkins & Barabasz, 2012) y de la hipnosis transpersonal y humanista contemporánea (Assagioli, 1982; Fridman & Hartelius, 2015; Grof, 2008; Maslow, 1964; Walsh & Vaughan, 1967), el reconocimiento de que todos los individuos poseen sorprendentes capacidades de autorregulación curativa frente a la enfermedad, basada en las potencialidades de la mente humana.

Contemporáneamente en la hipnosis clínica, como hemos visto en capítulos anteriores, la evolución de la competencia clínica sigue la evidencia científica, acompañando la propia evolución del método científico, pero sin rechazar su historia única y su experiencia de contexto puntero. La hipnosis siempre ha estado al servicio de la conciencia humana, de su desarrollo y de su bienestar. De hecho, este ha sido, desde siempre, inequívocamente, el gran propósito de la hipnosis clínica.

II.4. EL PROBLEMA DE LA CONFABULACIÓN EN CLÍNICA Y LA CREDIBILIDAD DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS BAJO HIPNOSIS

«It is possible not to think about something for a long time, even something unpleasant that happened to you. But what's been claimed in these repressed-memory cases is something, by definition, that's too extreme to be explained by ordinary forgetting and remembering. They're saying that in order to go in life, you had to wall off this memory, because it would be too painful to live with. Then finally you go into therapy and crack through the repression barrier and out comes this pristine memory. But there really is no credible scientific support for that notion. »

Elizabeth Loftus (2013), *I could have sworn... why you can't trust your memory*;
<https://www.newscientist.com/article/mg21929310-400>.

Una cuestión central para entender la problemática de la validez de las informaciones obtenidas bajo hipnosis tiene que ver con la posibilidad muy real de ocurrencia de falsas memorias, fenómenos de distorsión de la realidad en los cuales los pacientes pueden narrar, con un alto grado de certeza subjetivo, acontecimientos que en verdad nunca han ocurrido. La distorsión de memorias, así como los mecanismos inconscientes de su «represión», que fue durante décadas una de las bases de la psicología profunda, son bien

conocidas desde Freud y Breuer. El célebre caso de Dora, una adolescente de dieciséis años, publicado en el año 1905 por Freud, con el título *Fragmento de análisis de un caso de histeria (El caso Dora)*, es un buen ejemplo (Freud, 1997). Se debe a este autor la designación de ganancias primarias y secundarias para comprender y explicar los motivos de las falsas memorias, contraviniendo la idea dominante en la época de que los síntomas conversivos y disociativos no eran más que simulaciones. Del concepto de neurosis de conversión se deriva la hipótesis de que los síntomas del sujeto son derivados de conflictos intrapsíquicos inconscientes, cuyo propósito es reducir la ansiedad y apartar el conflicto del consciente, resultando de esto un mecanismo una «ganancia primaria». Las «ganancias secundarias» de los síntomas conversivos ocurren cuando el sujeto obtiene beneficios externos, o se legitima una excusa de responsabilidades o deberes que siente como indeseables.

Aunque en lo esencial se mantiene el significado de estos dos subtipos de ganancias, en la actualidad suelen estar asociados a los trastornos somatomorfos (TS), de los que los trastornos conversivos son un subtipo, al mismo tiempo que los dolorosos, los dismórfico-corporales y la hipocondría, entre otros fenómenos de somatización no especificados (Sadock et al., 2007). Tienen como característica diferencial el hecho de que sus síntomas no pueden ser identificados por medio de exámenes físicos y de laboratorio, aunque puedan afectar a las funciones motoras o sensoriales, las cuales pueden estar asociadas a condiciones neurológicas o clínicas. Sus síntomas, difusos y de muy difícil diagnóstico, siempre asociados a factores psicológicos, suelen estar acompañados de gran sufrimiento para el paciente.

Actualmente, las pesquisas en torno de la memoria suelen cuestionar los planteamientos teóricos de los mecanismos de «represión», atribuyéndolos a fenómenos disociativos y otros mecanismos naturales del funcionamiento de la memoria (Loftus, 1994; Mazoni et al., 2001; Mc Neally et al., 2006), debido a la falta de evidencia científica.

Aunque no se sepa muy bien cómo funciona la memoria, su estudio consistente ha experimentado un gran auge con Bartlett (Bartlett, F.C., 1932). De hecho, los conceptos de memoria inmediata, a corto, medio o largo plazo, provienen de los hallazgos de este autor. Actualmente se sabe que construimos nuestras memorias a partir de los hechos, construcción a la cual no es ajena la dinámica psicoafectiva y emocional del sujeto.

No somos, de hecho, máquinas reproductoras de eventos *per se*, sino que fabricamos el mundo basándonos en nuestras creencias, cogniciones, percepciones, imaginación, afectos y sentimientos. Muchas veces las narrativas o sugerencias de otros, directas o indirectas, contribuyen para llenar los vacíos de nuestro funcionamiento mnemónico y de nuestra atención variable.

Sabemos que no existe correlación significativa entre el sentimiento subjetivo de la certeza que uno tiene de una memoria y la exactitud de esa memoria, aunque en muchísimos aspectos, en condiciones de funcionamiento mental normal, esta es una circunstancia ineludible de nuestra realidad vivencial. La verdad es que la mente humana no recuerda con detalle un determinado acontecimiento, sino algunos datos considerados en la circunstancia como relevantes. De esta manera, llenamos las ausencias de sentido de una determinada experiencia, basados en la realidad hipotética de lo que «deberá haber ocurrido, como si hubiera ocurrido» para que el sentido y la inteligibilidad del mundo no resulten comprometidos. Somos de hecho «animales de sentido», una existencia sin sentido no es una existencia, hemos construido toda una civilización en torno a este concepto de orden y de coherencia, reflejo de nuestras necesidades básicas de funcionamiento mental.

Para que la memoria retenga un determinado acontecimiento a largo plazo, necesita continuas actualizaciones, ensayos reiterados, seguir narrando y evocando el acontecimiento, procedimiento sin el cual termina perdiendo su significado original. Incluso las memorias de grandes e impactantes acontecimientos, terremotos, guerras, actos de terrorismo, caídas de aeronaves, etc. pueden perder su exactitud y se volverán imprecisas o erróneas sin esta reiteración.

Se pensó, durante largo tiempo, que la hipnosis sería una importante herramienta para promover el *disclosure* de memorias con amplia exactitud, considerando que esa exactitud sería posible cuando las defensas subjetivas del individuo fuesen desactivadas bajo ese estado «especial» de conciencia. Algunos datos obtenidos en clínica, fundamentalmente estudios de caso, y posteriormente investigados y corroborados demuestran que en parte así es, pero solo en parte. La investigación ha encontrado que no siempre las defensas son desactivadas, sino que es posible recuperar memorias distorsionadas. Tales memorias pueden haber sido mal interpretadas y registradas en el origen de los hechos igualmente de forma errónea o confabulada (Loftus, 1994, 1997; Lynn, 2001; Mazoni et al., 2001). El problema es que, en ausencia de testigos independientes que corroboren tales

experiencias, la tendencia de los pacientes mal informados, y por supuesto de los terapeutas crédulos e incompetentes, es la de tomárselas como reales, como verdades históricas genuinas.

En los años 80 e inicios de los noventa estalló la polémica en EEUU respecto a este problema. Su impactante dimensión generó la creencia, que se mantiene hasta hoy, de que todos los procedimientos dinámicos o hipnoterapéuticos regresivos que recurren a técnicas de evocación de memorias ancladas en el pasado «reprimido» del paciente, además de no ser creíbles resultan igual de peligrosas. Se argumenta que, muy probablemente, en el estado actual de nuestros conocimientos, no existen métodos viables e infalibles para validar memorias sin corroboración e investigación independiente (Loftus, 1994, 1997; Lynn, 2001; Mazoni et al., 2001). Incluso, la American Psychiatric Association reconoce que hay riesgo en las prácticas de buscar información «reprimida» bajo hipnosis, por la enorme sugestionabilidad que conllevan.

Carol Anne Tavris (Tavris, 1993) ha criticado severamente la obra a la que llamó «la biblia del movimiento de la recuperación de recuerdos/memorias de supervivientes del incesto»: se refiere al libro con el título «*The courage to heal...workbook*» (Bass & Davis, 1988/2008), que ha vendido más de 500.000 copias. Denuncia la facilidad con la que correlacionan, erróneamente, ciertos rasgos de personalidad con el acoso sexual y el incesto. Las expresiones siguientes, cita, son ejemplo de lo que esas autoras toman como síntomas evidentes o sugestivos de incesto y de abuso sexual: «te sientes como si fueras mala persona, sucia o vergonzosa», «sientes que algo va mal en lo más profundo de ti, que si la gente te conociera mejor te dejaría... que si no te sientes capaz de protegerte a ti misma en situaciones peligrosas, si te cuesta sentirte motivada, o si sientes que tienes que ser perfecta», «si eres incapaz de acordarte de cualquiera instancia... pero sigues teniendo la sensación de que algo de abuso te ha sucedido, probablemente pasó...», «¡si tú piensas que has sido abusada, molestada, y tu vida te muestra síntomas, entonces has sido!». Otra coautora, Beverly Engel, refuerza: «si tienes algún tipo de sospecha, si tienes algún tipo de memoria, no importa cuán vaga sea, probablemente ha pasado. Es muy posible que tu estés bloqueando esas memorias, negando lo que ha pasado».

Tavris (1993) no niega la posibilidad de que haya memorias verdaderas en las memorias evocadas del pasado, no se trata de su valor de verdad, sino de lo que es corroborable o no, por lo cual deberán ser mantenidas dentro determinados límites. Actualmente la *False Memory Syndrome Foundation*, en Philadelphia, EEUU, creada exclusivamente para apoyar

a las supuestas víctimas de falsas memorias, o de malas prácticas terapéuticas que las han instigado, realiza toda una labor de denunciar estas situaciones.

Sin embargo, no todo ha sido negativo, una vez que este estado de cosas ha aportado la necesidad de más investigación, actualizando científicamente las originales aportaciones clásicas de la psicología profunda. Aun así, no pudo evitarse la sospecha sobre la credibilidad del trabajo hipnoterapéutico con las memorias «reprimidas». El error dramático estuvo en confundir lo que era una herramienta al servicio del *disclosure* terapéutico de memorias incapacitantes, de puro contexto clínico, con una herramienta de validación de verdades reprimidas. Se generó toda una histeria reactiva con los primeros procesos judiciales contra los terapeutas manifiestamente incautos, o que han estado bajo sospecha de haber hecho sugerencias de «pseudoabuso» a sus pacientes. En consecuencia, respaldando ingenuamente situaciones de abuso que no han ocurrido, basándose solamente en las narrativas de sus pacientes, han sido muchos los terapeutas, y mediáticos los casos de acusación de malas prácticas clínicas, las cuales han aportado gran sufrimiento a los pacientes.

Sin quitar valor a las medidas preventivas que se han generado, no podemos dejar de señalar la posición excesivamente cautelosa de muchos, como evidencia la polémica entre Lynn y Watkins en los años 90: Lynn llega a sugerir un procedimiento de consentimiento informado, con información detallada en cuanto a los procedimientos hipnóticos a aplicar en consulta (Lynn, 2001).

El problema de la desacreditación de los métodos de recuperación y de revivencia de memorias, resulta así del miedo a las memorias falsas, según el cual se debe de evitar el riesgo que estas conllevan, al ser tratadas como reales, en un contexto clínico inadecuado. Pero, de igual modo, no se evita el riesgo de que las memorias reales sean tratadas como falsas. Como Loftus (1997) y Mazzoni y colegas (2001) han subrayado, solamente la corroboración independiente puede de hecho respaldar dichas memorias, impidiendo, siempre que la misma sea posible, que los culpables se escapen de la justicia.

Algunos autores consideran, entre ellos Cox y Barnier (2015), en nuestra opinión bien, que los mecanismos de distorsión de memorias entendidas aquí como confabulaciones, deben ser entendidas como un *continuum*, cuyas manifestaciones pueden ir de un grado leve a severo. Esto se puede observar en la confabulación espontánea (que tanto puede ocurrir sin motivación intencionada, como por amnesia parcial normal o patológica, debido,

por ejemplo, a un daño cerebral en el lóbulo frontal), y en la provocada (como una tentativa normal de llenar ciertos lapsos, o vacíos de memoria); también en confabulación momentánea (aunque basada en eventos reales, están referidos por la persona fuera de su lugar y de su tiempo verdaderos) y la confabulación fantástica (de tipo bizarro, de memorias fabricadas, repetidas y tenidas como reales por el sujeto desde hace mucho tiempo) (Cox & Barnier, 2015). Esta última, insisten estos autores, debe distinguirse del discurso delirante, por pertenecer a otra clase de patología; ambas son patológicas, pero las primeras están relacionadas con la memoria, mientras que las últimas se relacionan con las creencias.

La confabulación suele ocurrir como epifenómeno resultante de la interrupción en las estrategias de recuperación de los eventos experimentados, y los confabuladores deberían revelar simultáneamente dos tipos de confabulación: de tipo semántico (genérica, conocimiento factual de libre contexto); y de tipo episódico (eventos experimentados personalmente) (Cox & Barnier, 2015).

Las distorsiones son, en general, normales en los mecanismos de procesamiento de la memoria, en un cerebro cuyo buen funcionamiento exige un cierto grado de olvido. Lo que las vuelve patológicas es el grado y la intensidad de la confabulación, debidos sobre todo a fenómenos de mitomanía, iatrogenia terapéutica, y determinadas condiciones patológicas, como, por ejemplo, las alteraciones de personalidad, los estados psicóticos, el trauma, etc.

Se sabe que todo recuerdo es una reconstrucción. La aprehensión de la realidad por el sujeto suele ser fragmentada y trabajada posteriormente de modo que encaje en un sistema de coherencia limitado/perjudicado por el conocimiento de tipo autobiográfico, especialmente en los sujetos que confabulan. La aceptación como verdades de hecho de los productos confabulados resultaría en un fallo en el sistema de chequeo interno del sujeto, que opera inconscientemente y califica una memoria o evento mental como dudoso, siempre que determinadas condiciones no están observadas (Cox & Barnier, 2015).

Todos los procesos terapéuticos, no solo los hipnóticos, que implican el *disclosure* de memorias relacionadas con las vivencias traumáticas y su «represión» pueden potenciar el riesgo de confabulación. Autores como Lynn y colegas (Lynn et al., 1997), Mazzoni y colegas (2001, 2007), Richard (2007), defienden incluso que, dada su gran imprecisión y riesgo de iatrogenia terapéutica, se desaconseja su utilización, sobre todo en términos de algún tipo específico de práctica clínica en hipnoterapia, como la denominada «regresión de memoria». Tal hecho, se debería, como demuestra la investigación, a la elevada

receptividad o «absorción» hipnótica a la sugestión, que los sujetos *high* más que los *low* presentan. Sin embargo, solamente del 10 al 15% de la población es altamente hipnotizable (Barnier & McConkey, 2004, citado por Cox & Barnier 2015; Hernández, 2010). De hecho, recordamos, aunque pueda evocar memorias verdaderas, el estado hipnótico no evita la ocurrencia de las falsas memorias, con todas las implicaciones psicosociales que tal suceso supone (Cox & Barnier, 2015; Lynn, 1997; Mazzoni et al 2001, 2007).

En consecuencia, estas posiciones teóricas plantean algunas cuestiones de validación clínica: ¿será que, en un proceso terapéutico, estas consideraciones teóricas inviabilizan la intervención?, ¿qué estatuto tienen estas falsas memorias en el desarrollo de la curación?, ¿puede el proceso de búsqueda de información bajo hipnosis, recorriendo a técnicas de regresión de memoria, ser completamente ineficaz a la hora de fundamentar un diagnóstico?, ¿qué grado de fiabilidad ofrecen, y cómo pueden los terapeutas lidiar con las dificultades que el tema presenta?

Estas son algunas cuestiones centrales y que pueden, una vez contestadas, aportar fiabilidad o no a nuestro trabajo de investigación. Para contestarlas, necesitamos aclarar los siguientes temas:

- ¿En estado normal de consciencia cual es la exactitud de nuestra memoria, o sea de nuestros recuerdos?
- ¿Hay algo en la hipnosis que, al evocarse recuerdos, resulte más dañino para el sujeto hipnotizado que en las vivencias y funcionamiento cotidianos?
- ¿Hay riesgos de iatrogenia mayores en la hipnosis que en una consulta normal de atención primaria por ejemplo?

A la primera pregunta ya hemos respondido suficientemente. A la segunda nuestra respuesta es no. Cox y Barnier (2015) han demostrado que la hipnosis puede moldear algunos tipos de confabulación provocada, similares a las que se observan en contexto clínico. Pero, si esto se puede hacer, igualmente se pueden desarrollar técnicas aplicables en contexto clínico que disminuyan la convicción de los sujetos en el tipo de memorias típicas de la confabulación, lo que resulta ventajoso para devolverlos a la verdad. Como refieren Cardeña et al. (1999), «una de las ventajas de la hipnosis es que permite que los pacientes se distancien de sus memorias de una forma controlada, si es necesario». Una buena práctica hipnoterapéutica clínica suele tenerlo en cuenta.

Además, una gran parte de los críticos de la hipnosis que recurre a técnicas de regresión de memoria, con pocas y honorables excepciones, no proviene o ni siquiera practica hipnosis clínica. En esta, la evocación de memorias con objetivos clínicos o exploratorios, provocadas o espontáneas, es tan antigua como la hipnoterapia misma. Una parte de los expertos en investigación experimental de la hipnosis, especialmente los sociocognitivos, como Spanos, Lynn o Kirsh, suelen ser críticos con respecto a los resultados clínicos de las hipnoterapias que se basan en métodos de regresión de memoria (Scoboria et al., 2002; Spanos et al., 1991, 1996). Spanos (1996) ha encontrado una elevada correlación entre los resultados, las supuestas memorias, y las creencias de los pacientes, sugiriendo que las memorias de vidas pasadas parecen ser falsas memorias, implantadas a consecuencia del método hipnótico en los sujetos por su elevada susceptibilidad hipnótica, probablemente por terapeutas que comparten las mismas creencias. Un interesante estudio de revisión conducido por Poole D. A. y colaboradores (Poole et al., 1995), a propósito de las creencias y prácticas terapéuticas de terapeutas acreditados en Inglaterra (*British psychologists del Register of Chartered Clinical Psychologists: n=57*) y EEUU (*National Register of Health Service Providers in Psychology: n=145*), parece confirmar las sospechas de Spanos. Estos autores han encontrado en tres muestras obtenidas al azar de esta población especializada, con referencia a sus intervenciones terapéuticas en clientes con memorias de abuso sexual en infancia, gran similitud de respuestas y de prácticas clínicas en el tratamiento de dichas memorias. Los respondientes a los cuestionarios han referido un amplio abanico de síntomas conductuales, que interpretaban primariamente como potenciales indicadores de la presencia de abuso sexual en la infancia (CSA). El 71% indicaron que usaban una amplia variedad de técnicas, como interpretación de sueños, hipnosis, etc., para ayudar a sus clientes a recuperar sus memorias relativas a la sospecha de CSA. El 25% reportaron un conjunto de creencias y prácticas terapéuticas cuyo foco se centraba en la recuperación de memorias de sus clientes. No sabemos si actualmente esto se verifica. Pero sí conocemos el impacto emocional (contratransferencia) que una narrativa autobiográfica sugestiva de abuso sexual en la infancia tiene en los terapeutas menos distanciados o más crédulos, no solo en los hipnoterapeutas. Pero, a nuestro entender, Spanos (1991) y otros autores de línea sociocognitiva, que pretenden depurar la hipnosis mediante procedimientos minimalistas, eliminando todo lo que pueda inducir polémica o falta de credibilidad científica, olvidan que las malas prácticas se pueden corregir sin sacrificarse técnicas de gran utilidad clínica. Sería lo mismo que, en términos farmacológicos, despreciar medicación eficaz por sus posibles efectos secundarios.

Una de las razones para sostener esta posición teórica, sin cuestionar sus buenas intenciones con respecto a la hipnosis, tiene que ver con el mismo argumento/movimiento que ha estado en la raíz de la autonomía de la Psicología en la transición del siglo XIX al siglo XX, y de su afirmación como ciencia basada en evidencias, que hemos estudiado en apartados anteriores. Se trata del rechazo a cualquier forma de psicoterapia, como la terapia de vidas pasadas (Clark, 1995, 1997; Friedman & Hartelius, 2015; Haraldsson, 2003; TenDam, 2014; Wambach, 1978), cuya explicación o método pudieran explorar aspectos supuestamente marginales al paradigma convencional y neopositivista de la ciencia en general. A este propósito, en 2014, un conjunto de expertos de todos los cuadrantes de la ciencia, ha suscrito el *Manifiesto para una ciencia post-materialista*, reclamando para la mente humana un estatuto propio, no reductor de las virtualmente infinitas posibilidades de la mente humana, reclamando un cambio en el paradigma materialista, cambiándolo por un nuevo paradigma «no materialista», una ciencia abierta al pleno de las manifestaciones de la consciencia y de todas sus potencialidades (Beauregard *et al.*, 2014; Cardeña, 2014).

Existen fenómenos extraordinarios en contexto hipnoterapéutico clínico que necesitan respuesta adecuada. Forman parte de la historia de la hipnosis. Charcot y más recientemente Grof (2000, 2008) se han encontrado con ellos demasiadas veces. El primero los consideró delirios histéricos, el segundo constituyó todo un método psicoterapéutico. Son fenómenos anómalos producidos por la consciencia humana, y para los cuales la ciencia convencional sigue aún sin poseer explicación satisfactoria (Cardeña *et al.*, 2000). También nosotros nos confrontamos con ellos, cuando los valores del Index Bispectral (BIS) usados en nuestros estudios presentaron *flat lines* de profundización (aparente ausencia de actividad cerebral) asociados a encuentros imaginarios con sus familiares fallecidos, vivencias asociadas a atribuciones de dolor relacionadas con pérdidas significativas. En por lo menos cuatro pacientes (De Almeida Marques *et al.*, 2019). El terapeuta, en su ética profesional no puede descalificarlos o disminuirlos, inhibiéndose de asistir a los pacientes con semejantes cuadros clínicos.

Sin embargo, el objetivo de las terapias de regresión o progresión de memoria, según Clark (1995, 1997), es permitir al paciente, a través de la exploración de estados ligeramente modificados de consciencia, acceder y revivir escenas que parecen pertenecer al pasado o al futuro, para cambiar la perspectiva de su situación presente. Se hacen preguntas abiertas y neutras, pidiendo a los pacientes retroceder hasta lo que consideran ser la causa de sus

problemas actuales. Según él, esto permite re-estructurar las experiencias traumáticas y actuar terapéuticamente en todo un abanico de psicopatologías de forma segura, e interpretadas solamente en términos clínicos con objetivos estrictamente terapéuticos. Se trata de asociar con criterio terapéutico clínico, la supuesta memoria evocada y el núcleo actual de problemas, permitiendo su resolución mediante la conexión espontánea que el paciente en EMC realiza, entre el pasado evocado y el presente problematizado.

Muchos hipnoterapeutas clínicos especializados, psicólogos, psiquiatras y terapeutas en todo el mundo siguen usando la terapia regresiva para evocar memorias del pasado, vida intra-uterina, perinatal y de supuestas existencias pasadas, reclamando gran éxito terapéutico (Barbeau et al, 2005; Clark, 1995, 1997; Freedman, 2002; Simões 2003; TenDam, 2014; Weiss, 2010; Woolger, 1988).

No obstante, Norcross et al. (2006) sugirió que este tipo de terapias, al parecer, se encuentran desacreditadas como tratamientos psicológicos, bajo el modelo de la ciencia basada en evidencias. Por otro lado, la verdad es que podemos estar frente a uno de los casos que hemos evocado en capítulos anteriores, cuando hicimos referencia a la disparidad y dificultad en establecer correlaciones entre los resultados del laboratorio y la experiencia clínica *tout court*. El propio autor refiere que sus datos deberán ser leídos con cuidado y sin generalizar demasiado. Me parece justificado, sobre todo por tres razones: la primera, resulta de la poca investigación realizada para evaluar la eficacia de dichas terapias, sea por el escaso interés de las principales editoras científicas, sea por el desinterés y prejuicio académico por su labor; segundo, es que todavía no se sabe con exactitud qué es lo que permite la curación en la práctica clínica en Psicología; tercero, porque la investigación no clínica, o sea experimental, no suele aportar, con muy raras y honorables excepciones, análogos clínicos, para que sus datos puedan aplicarse a la práctica clínica (Barber, 1999; Friedman & Hartelius, 2015; Hawkins, 2007).

En general, no hace falta hacer hipnosis para iatrogenizar a un paciente, casi todos los casos de iatrogenia que han conducido a procesos judiciales en EEUU resultan de contextos terapéuticos en los que el *setting* no incluía hipnoterapia. Pero, en casi todas las recomendaciones de uso de métodos hipnóticos, realizados por profesionales e investigadores cualificados, se encuentran ciertas condiciones de vigilancia que impiden la aceptación de las informaciones de supuestas memorias pasadas como incondicionalmente verdaderas. Freud llamó incluso a la atención sobre el significado simbólico de muchas de las memorias reprimidas como constructos del inconsciente perturbado por la neurosis. Sus

conclusiones provinieron de las experiencias que él y Breuer habían realizado cuando aún se dedicaba a la hipnoterapia, antes de sustituirla por el método de las asociaciones libres. De hecho, una de las razones por la cual abandonó ese método, es que no se consideraba un buen hipnotizador, y otra, que la posibilidad de iatrogenia era muy real. Sin embargo, cuando fue liberada su correspondencia al cabo de décadas por sus descendientes, él mismo describía cómo sus pacientes entraban espontáneamente en un estado «hipnótico», actuando este como elemento de liberación de contenidos reprimidos, provocando un giro terapéutico decisivo en la terapia (Borch-Jacobsen & Shamdasani, 2011).

Un médico incompetente, o una mala práctica de la medicina, no vuelve mala la medicina, de la misma manera que un hipnoterapeuta incompetente no vuelve mala la hipnoterapia. Además, todas las prácticas clínicas implican un cierto riesgo, primero de yatrogenia, muchas veces debida a guidelines o paradigmas científicos dominantes, que al cabo del tiempo se revelan erróneos. Estamos dispuestos a aceptar que un cirujano, con un estatuto cultural y social reconocido, se equivoque, aunque corriendo el riesgo de que dicha intervención pueda costarnos la vida. Sin embargo, en cuanto a hipnosis, los prejuicios asociados conllevan condenación inmediata y descrédito en plaza pública.

Aducimos que, en el caso del trabajo con memorias traumáticas, factuales o no, los métodos hipnóticos clínicos llevan ventaja sobre otras intervenciones psicoterapéuticas, y son de lo más seguro, confortable y adaptativo para los pacientes, especialmente cuando se asocia a las sugerencias hipnóticas, técnicas de relajación e imaginación guiada. Permiten a los pacientes la liberación controlada de contenidos psicológico-emocionales y afectivos, asociados a los núcleos de síntomas manifestados (Cox & Barnier, 2015; Friedman & Hartelius, 2015; Mendoza et al., 1999; Mendoza & Capafons, 2009; Watkins & Barabasz, 2012).

Sabemos que, aunque la mayoría de los individuos son capaces de experimentar fenómenos hipnóticos, las defensas psicológicas (tanto sanas como neuróticas) pueden interferir en la receptividad hipnótica, incluso disminuyéndola (Barber, 1999, p. 41), condicionando el acceso a las memorias de la experiencia en general, y traumática en particular. Dadas estas dificultades clínicas, hay que tener en cuenta que pueden producirse falsas memorias, incluso estados emocionales tan intensos y vívidos que pueden ser confundidos con la verdad.

Así siendo, si los individuos en vigilia suelen ser acometidos por falsas memorias, incluso tienen dificultad para evocar los acontecimientos cotidianos sin algún grado de imprecisión o distorsión de memoria, será normal y legítimo esperar que bajo hipnosis también pueda ocurrir. De la misma manera, considerando que la iatrogenia sea una posibilidad compartida por la psicoterapia convencional y por la hipnoterapia, ¿cuál es la ventaja del uso de la hipnosis, especialmente como coadyuvante del diagnóstico diferencial?

La respuesta se encuentra en los siguientes puntos:

- Permite una bajada segura de las defensas inconscientes;
- Accede y trata los contenidos verbalizados por el paciente como material relevante desde el punto de vista psicológico, como verdades para el paciente y no como verdades factuales o apodícticas, aunque puedan serlo de hecho.
- El objetivo primordial de la hipnosis clínica es facilitar la homeostasis psicológica y comportamental del individuo, mejorando su funcionamiento vital, siempre que sea posible a partir de los recursos internos/autógenos propios.
- Utiliza técnicas de hipnosis neutra, preguntas abiertas de manera que el paciente mismo encuentre o asocie las causas de su enfermedad a los eventos ocurridos en su historia personal, disminuyendo considerablemente los fenómenos de iatrogenia.

El punto número dos resulta particularmente importante, pues genera mucha controversia en el medio de las hipnoterapia. Como hemos dicho antes, muchos de los fenómenos de *disclosure* de memorias se han impuesto primeramente de forma espontánea a los hipnotizadores más consagrados. Las narrativas espontáneas de las pacientes histéricas bajo hipnosis, donde no se incluían intencionadamente evocaciones de memorias en el protocolo hipnótico usado por Charcot y Breuer en La Salpêtrière, de las cuales Freud ha sido testigo, resultan muy interesantes. Sin embargo, las pacientes evocaban acontecimientos vitales asociados a su pasado, incluso a supuestas existencias pasadas. Estas narrativas siempre han sido tratadas por Charcot como productos de confabulación delirante, histérica. Más tarde, Freud las calificará como fenómenos neuróticos, mecanismos de «represión», los cuales le condujeron a desarrollar el psicoanálisis y a considerarlos manifestaciones simbólicas, materia del inconsciente. El

fenómeno de la aceptación sin más de los datos obtenidos bajo hipnosis es, por lo tanto, muy reciente y, en nuestra opinión, muy localizado, seguramente contaminado por abordajes *new age*, típicos de finales de los sesenta en EEUU.

Desde el punto de vista de la hipnoterapia contemporánea, que explora preferentemente los estados levemente modificados de conciencia en sujetos muy hipnotizables, y que considera las memorias como constructos consciente o inconscientemente elaborados por el paciente, mayoritariamente simbólicas y derivadas de núcleos de conflictos intrapsíquicos, las falsas memorias no son realmente un problema importante. De hecho, la premisa inherente a toda psicohipnoterapia es que todo el material producido por el paciente debe de ser mantenido como «realidad del paciente», antes que considerarse cualquier otro tipo de realidad. Deberá ser tratada bajo las mismas reglas de la psicoterapia convencional, con modelos de intervención adaptados a las necesidades del paciente, teniendo en cuenta una buena y efectiva evaluación, auto y hetero dirigida, con el objetivo prioritario, como hemos visto antes, de establecer la homeostasis psicológica del individuo.

De esta forma, las sugerencias efectuadas en una hipnoterapia exploratoria responsable son en general efectuadas de forma neutra (Oakley, 2008) o indirecta (Erikson, 1977; Erikson & Rossi, 1992; Rossi, 2003). Como hemos visto antes, el terapeuta facilita, a partir de una relación democrática con el paciente, la ocurrencia de su curación (Hawkins, 2007; Rossi, 2003). Validar las informaciones no es, en principio, tarea del terapeuta, excepto en la circunstancia en que puedan existir situaciones de abuso o de peligro de vida para un paciente, cuyos indicios, y no solo hipnóticos, puedan sugerir situaciones de exposición real a dichos peligros. En caso de que no existan medios independientes de corroboración de los abusos, aun así, la tarea primera del terapeuta es ayudar, estar al lado del paciente pretensamente abusado, ayudándolo a superar los efectos perniciosos de estos abusos.

No obstante, es necesario aclarar que las técnicas hipnóticas son capaces de bloquear el recuerdo de eventos y experiencias ocurridos en estado hipnótico, preservando determinadas condiciones de funcionamiento de la memoria de forma ventajosa (FingelKurts et al., 2007; Mendelsohn et al., 2008), lo que suele ser muy importante en individuos que evocan vivencias relacionadas con el trauma.

De hecho, la hipnosis *per se*, lo que se denomina hipnosis neutra, como estado alterado o modificado de consciencia, un estado que ocurre independientemente de asociarle sugerencias (Oakley, 2008), parece ser muy adecuada para prevenir y contornar el problema de las falsas memorias. Basados en Rainville y Price (2003, 2004), en esta lógica de neutralidad de los procesos de inducción hipnótica, encontramos cuatro etapas-patrón esenciales:

- La atención focalizada, seguida de absorción.
- Desarrollo de una sensación de automaticidad.
- Relajación, que ocurre espontáneamente en la gran parte de los casos, pero no necesariamente en todos (Wark, 2006).

La experiencia autopercibida, positivamente incrementada, de poder actuar eficazmente, de forma responsable y autónoma, o sea, con la autoconciencia de que ciertas acciones son autogeneradas (Hawkins, 2007).

En este sentido, los hallazgos de McGeown et al. (2009) sobre el comportamiento de áreas específicas del cerebro particularmente activadas, como el CCA, de pacientes altamente hipnotizables, sometidos a inducciones aisladas seguidas de reposo (hipnosis neutra o «trance» inducido), han permitido concluir que, a lo largo de la inducción hipnótica, los pensamientos irrelevantes se encuentran inhibidos, creando muy posiblemente, a consecuencia, una situación favorable a las sugerencias que puedan de seguida emplearse. Esto resulta, entre otras disposiciones del funcionamiento mental del sujeto bajo ese estado, en una disminución de la distracción, mayor absorción, mayor relajación (espontánea), más tendencia para el pensamiento analítico (Mazzoni et al., 2013).

Asumiendo algunas dimensiones y consecuencias de la teoría de la neodisociación de Hilgard (1973; 1992), a la que antes hemos hecho referencia, la experiencia hipnótica pone de manifiesto la existencia de diferentes niveles de consciencia que pueden disociarse unos de los otros, especialmente bajo un estado hipnótico. Incluso el sujeto, bajo este estado, puede perder el control consciente de esos niveles, permitiendo la ocurrencia del fenómeno del «observador oculto», a través del cual el sujeto tiene la capacidad de relatar y vivenciar diferentes experiencias en niveles distintos de consciencia. McGeown y colaboradores (2009) refieren, entre otras sensaciones relatadas por los sujetos, la de la «mente

desorganizada», una característica frecuentemente explorada en hipnoterapia, que permite al terapeuta y al paciente explorar e intervenir de forma segura en memorias difíciles y traumáticas, evocadas o no evocadas (espontáneas) (Cardeña et al., 1999).



III. Objetivos e hipótesis

III.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL PRIMER ESTUDIO

El objetivo general del primer estudio fue comprobar la utilidad de la hipnosis para explorar acontecimientos vitales potencialmente traumáticos en pacientes con fibromialgia.

La hipótesis fue:

1. En estado de hipnosis, frente al estado de vigilia, se verbalizará un número mayor, de forma estadísticamente significativa, de acontecimientos vitales potencialmente traumáticos.

III.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL SEGUNDO ESTUDIO

El objetivo general del segundo estudio fue profundizar en el conocimiento de los acontecimientos vitales potencialmente traumáticos en pacientes con fibromialgia revelados en el estudio anterior, así como de las atribuciones de causalidad y del estado de conciencia (vigilia o hipnosis) en que se produjeron tanto verbalizaciones como atribuciones.

Las hipótesis fueron (continúa la numeración desde el estudio anterior):

2. Las pacientes verbalizarán un elevado número de acontecimientos potencialmente traumáticos, que podrán ser agrupados en tipos.
3. El tipo de acontecimiento vital potencialmente traumático revelado estará influido, de forma estadísticamente significativa, por el estado de conciencia de la paciente.
4. La realización de atribución causal estará influida, de forma estadísticamente significativa, por el estado de conciencia de la paciente.
5. El tipo de acontecimiento vital potencialmente revelado y la realización de atribución causal estarán influidos, de forma estadísticamente significativa, por el estado de conciencia de la paciente.



IV. Estudios publicados

IV.1. ESTUDIO 1

Hypnosis is More Effective than Clinical Interviews. Occurrence of Trauma in Fibromyalgia

Publicado en: Almeida-Marques, F. X., Sánchez-Blanco, J., & Cano-García, F. J. (2018). Hypnosis is More Effective than Clinical Interviews. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 66(1), 3–18.

Acceso al artículo: <https://doi.org/10.1080/00207144.2018.1396104>

Web of Science Journal Citation Report (JCR): 0.963 (Q4 in Clinical Psychology; Q4 in Psychiatry; Q4 in Psychiatry/Psychology)

SCImago Journal Rank (SJR): 0.375 (Q2 in Complementary and Manual Therapy; Q3 in Clinical Psychology)

IV.2. ESTUDIO 2

Hypnosis is More Effective than Clinical Interviews. Occurrence of Trauma in Fibromyalgia

Publicado en: De Almeida-Marques, F. X., Sánchez-Blanco, J., Sanduvete-Chaves, S., & Cano-García, F. J. (2019). Causal attributions of potentially traumatic life events in fibromyalgia patients. *International journal of rheumatic diseases*, 22(12), 2170–2177.

Acceso al artículo: <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13739>

Web of Science Journal Citation Report (JCR): 1.938 (Q2 in Clinical Medicine; Q4 in Rheumatology)

SCImago Journal Rank (SJR): 0.893 (Q2 in Rheumatology)



V. Discusión General

V.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: UN CAMINO HACIA EL RECONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DEL TRAUMA EN FMS

«Every person's map of the world is a unique as their thumbprint. There are no two people alike. No two people who understand the same sentence the same way... so in a dealing with people, you try not to fit them to your concept of what they should be. »

Milton Erikson

“My realism about the subjective domain in all its forms implies a belief in the existence of facts beyond the reach of human concepts”

(Nagel T. What is it like to be a bat? Philosophical Review, 1974, 33, p. 437, in Doleys, D.M., 2017)

Como refieren Wolfe et al. (2010), el tratamiento del FMS permanecerá elusivo mientras no se resuelva el problema de la aclaración de la etiopatogenia del FMS. Diseñar un tratamiento a medida es propósito de muchos estudios (Barber, 1999; Comeche et al., 2010; Hawkins, 2007; Johnson, 2008; Moix & Casado, 2011; Pellicer, 2016; Villanueva et al., 2004; Wolfe et al., 2010) dada la naturaleza incierta del FMS. Su complejidad, supuesta multicausalidad y multifactorialidad no deja al clínico una pauta segura en la lucha en contra los efectos nefastos de este síndrome de dolor crónico generalizado. El conocimiento de las causas, más que las correlaciones, parece emerger con carácter de urgencia en el escenario clínico y de investigación. Su naturaleza multifactorial hace que comparta sintomatología con otros FSS de tipo MUS de modo que se vuelve difícil distinguir el FMS entre ellas: es muy difícil, si no imposible, determinar con seguridad dónde empieza una y terminan las demás. Sin embargo, la literatura parece reconocer mayormente que en el FMS los síntomas suelen ser más graves, profundos y duraderos que en otras patologías de la misma condición, luego su pronóstico suele ser reservado si no mismo pesimista (Turk, et al., 2004; Vowles et al., 2007). Lo mismo pasa con sus comorbilidades, y del mismo modo la literatura refiere que estas suelen ser más gravosas en el FMS (Gatchel et al., 2007; Henningsen, et al., 2003; Johnson, 2008; Kato, et al., 2006; Rossi & Scendoni, 2015).

El problema no es el reconocimiento de los factores que correlacionan con su sintomatología, sino saber qué es lo que ha ocurrido primero, o sea si el FMS es causa o consecuencia de otras variables asociadas. Saber si el FMS es primario o secundario parecía irrelevante hasta hace poco. Sin embargo, se le reconoce su carácter dinámico y maladaptativo, lo cual puede subsistir sea como causa o como consecuencia, como elemento precipitante de variadas comorbilidades o ser consecuencia de ellas. En consecuencia, se vuelve razonable plantear de nuevo el problema que Wolfe et al. (1990), en los criterios para la enfermedad, había abandonado, fundamentalmente cuando él mismo, veinte años después, vuelve a poner la cuestión de la importancia de la determinación de las causas del FMS para establecer un diagnóstico diferencial y su consecuente tratamiento. Además, como viene siendo evidente en la literatura, vuelven a ser muchas las voces que cuestionan la legitimidad de considerar el FMS como una enfermedad bien caracterizada y autónoma.

El término «enfermedad» se refiere comúnmente a una condición medicamente bien definida, basada en un proceso patológico específico (Mayou & Sharpe, 1995). El FMS no puede en este sentido ser considerado una enfermedad. No solo sigue existiendo mucha

crítica con respecto a su definición e incertidumbre en cuanto a su patogénesis, sino que se ha argumentado que el FMS no es una entidad discreta sino la culminación de un estado de dolor y sensibilidad (Clauw 2003; Clauw et al., 2014; Crofford & Clauw, 2002; Häuser et al., 2013; Van Houdenhove, 2003, 2008).

Otros autores pretenden que los pacientes con FMS deben clasificarse en dos grupos, por ejemplo, los que tienen un comienzo idiopático de los síntomas, y los que presentan un inicio (precipitante) postraumático en sus síntomas (Turk & Okifugi, 2002; Turk et al., 1996; Van Houdenhove, 2003). Por otro lado, se ha producido un fuerte debate debido a la clasificación de síndromes somático-disfuncionales (FMS, CFS, IBS, etc.) todos juntos presentan una clara sobreposición de síntomas y pueden ser considerados «un artificio de la especialización médica» (Sullivan et al., 2002; Van Houdenhove, 2003).

Para contrastar, el término que aquí se propone en español para «dolencia» (*illness*) denota un estado subjetivo de sufrimiento físico, psicológico y social que solamente puede ser comprendido y definido en el contexto de la experiencia individual (Van Houdenhove, 2003). Así, aunque los pacientes con dolor musculoesquelético crónico y fatiga generalizados pueden no presentar un «enfermedad» (*disease*) objetiva, un acontecimiento biológico que implica daño bien caracterizado en las estructuras corporales o en los sistemas orgánicos específicos, producidos consecuentemente por cambios anatómicos o fisiológicos de diferente y traumática etiología, innegablemente estos sufren de una dolencia muy real (Lloyd et al., 2000; Van Houdenhove, 2003).

Aunque personalmente, frente a una perspectiva biopsicosocial de la enfermedad, no nos parezca legítima esta distinción, se ha mantenido en el sentido común de pacientes y médicos. Esto ha propiciado que los pacientes con FMS fueren espontáneamente la identificación de síntomas de naturaleza predominantemente psicológica (subjetiva) con los de naturaleza fisiológica (objetiva), garantizando el estatuto consistente de «enfermedad» y de «enfermo». A pesar de esto, nos podemos preguntar, ¿cómo se puede caracterizar y diagnosticar este estado de salud «doliente», o dimensión más «subjetiva» de la enfermedad?

Hemos visto que en 1990 el American College of Rheumatology ha recomendado los puntos sensibles como herramienta y el único diagnóstico recomendable por su elevada fiabilidad para el FMS (Wolfe et al., 1990). Aunque la intención original fuera que los puntos sensibles se utilizaran solamente con fines de clasificación y de investigación, los «puntos

de presión» rápidamente se volvieron la imagen de marca del FMS en la práctica clínica. Sin embargo, basar el diagnóstico en el pulgar del especialista no da cuenta ni de la complejidad de la experiencia de estar doliente, ni del paciente, ni del complejo de sesgos cognitivo-perceptual, emocional y socio-cultural que afectan al autoinforme de los síntomas (Van Houdenhove, 2003). En último análisis, el dolor crónico parece resultar en un constructo hipotético destinado a comprender un fenómeno humano intrínseco, asociado a la experiencia del sufrimiento.

El dolor crónico, en cuanto fenómeno multidimensional y multifactorial complejo, trasciende el reduccionismo metodológico de la salud, marcadamente influenciado por muchos de los más importantes modelos del dolor crónico, los cuales propagan la idea del dolor como «una cosa» insistiendo, aunque muchas veces disfrazadamente, en el reduccionismo biomédico materialista y en el dualismo cartesiano mente/cuerpo (Doleys, 2017). Tendremos la oportunidad a lo largo de este apartado de seguir discutiendo este tema, sobre todo de cara a la perspectiva de Doleys (2017) al igual que Van Houdenhove (2003) de cuestionar el criterio IASP (1986) de describir como crónico «todo el dolor que puede persistir entre 3 y 6 meses o más allá del tiempo espectable de curación». Este criterio NPR (numeric pain rating), es frecuentemente considerado cercano a la experiencia subjetiva del dolor crónico. Sin embargo, el NPR, como refiere Doleys (2017) no solo no parece captar la complejidad del fenómeno del dolor crónico, como implica que alguien más, que no la persona misma que sufre de dolor crónico, puede comprender totalmente su dolor. Le resulta claro que la «narrativa» del paciente, lo que de verdad importa en el proceso diagnóstico y de tratamiento de la persona que sufre de dolor crónico, se presenta como una potencial fuente de datos fenomenológicos relacionados con su «experiencia» de dolor.

La «narrativa» del paciente no solo es el centro de la intervención diagnóstica, dado que como hemos visto ya, no existen exámenes o pruebas diagnósticas objetivas que configuren un resultado biomédico, sino que es el principal objeto del trabajo clínico en Hipnosis. La narrativa del paciente, en estado normal o modificado de conciencia, y sobre todo en este último, es el espacio dónde la reestructuración cognitiva opera, dónde la dinámica de la conciencia se encuentra con su propia complejidad, identifica la potencial causa del sufrimiento doloroso, genera el insight auto curador, precisamente de la misma forma que generó inconscientemente su opuesto, como si fuera una auto hipnosis negativa. Por su falta sentido común, la catástrofe de su condición dolorosa, genera su pérdida de la

esperanza, y la sospecha siempre «confirmada» de que el futuro solo puede seguir siendo igual de malo: el tratamiento bajo hipnosis es exactamente lo que parece detener este ciclo de catastrofización inyectando en su núcleo de creencias inadaptativas la duda que permite la salida hacia la salud y la vida.

En la actualidad se asume que el núcleo central de la sintomatología del FMS (dolor generalizado, alodinia e hiperalgesia mecánica) está basado en una hipersensibilidad de los mecanismos centrales del dolor, en cuanto los puntos sensibles han sido considerados como marcadores de somatización por distrés (Van Houdenhove, 2003; Wolfe, 1997). Lo interesante es que, en consecuencia, la literatura viene discutiendo el papel de una posible etiología psicopatológica en el FMS, y la importancia de explorar eventos de vida potencialmente estresantes o traumáticos como factores de precipitación, desencadenamiento y de mantenimiento de la enfermedad en pacientes con FMS (Van Houdenhove, 2003). La literatura, como hemos visto en capítulos anteriores, es controvertida con respecto a este tema. La gran mayoría de los autores ha sugerido que la psicopatología resulta ser más una reacción a la enfermedad (Van Houdenhove, 2003), aunque otros sugirieron que no se encuentra directamente relacionada con la patología en sí, sino con la búsqueda de cuidados de salud por parte de los pacientes (Aaron et al., 1996; Van Houdenhove, 2003). Mientras tanto, algunos estudios han demostrado que el FMS, en la gran parte de los casos, está intrínsecamente relacionado con la preexistencia de problemas psiquiátricos y psicosociales (Häuser et al., 2013; McBeth et al., 2001; White et al., 2002; Van Houdenhove & Luyten, 2008; Veltri et al., 2012; Vespa et al., 2015).

Sin embargo, una existencia bajo estrés crónico y un estilo de vida exigente, el perfeccionismo patológico, la actitud y conducta exageradamente sacrificada de cuidado hacia los demás parecen estar asociados con el inicio y instalación del FMS (Van Houdenhove et al., 2001, 2002; Van Houdenhove, 2003). Más aún, se ha descrito que un sustancial número de pacientes con FMS ha sido víctima situaciones adversas y experiencias severas, tales como negligencia emocional, maltrato físico, abuso sexual durante la infancia y la adultez (Van Houdenhove, 2003; Van Houdenhove et al., 2001). Está claro que muchos de estos pacientes intentan desde hace mucho tiempo mantener el equilibrio en sus vidas para superar la enfermedad, un equilibrio que, por ende, en la práctica, resulta precario, dado que terminan en la condición de «luchadores exhaustos» (Van Houdenhove, 2003).

La práctica clínica nos enseña que el diagnóstico del FMS y de otros FSS no debe limitarse a las evaluaciones de los instrumentos clínicos disponibles (y nuestra investigación

así lo muestra), sino que esencialmente requiere una escucha cuidada del paciente, para no dejar escapar los elementos de su biografía susceptibles de orientar el clínico hacia las potenciales causas. Sabemos que esta labor no es fácil por dos motivos. Por el tipo de paciente y sus rasgos de personalidad, de una parte; y por las características tipo de la consulta médica, tanto especializada como en primaria, en términos de tiempo y disponibilidad del clínico. En cuanto al paciente tipo con FMS, además de la presencia de rasgos alexitímicos que dificultan la identificación de los factores psicológico-emocionales de la patología, esta población clínica necesita tiempo y abordajes innovadores y creativos para permitir el acercamiento clínico-terapéutico a sus núcleos patológicos. En nuestros estudios (DeAlmeida Marques et al., 2019, 2020) queda claro el sustrato potencialmente traumático de sus vivencias, pero también la tendencia para atribuir en vigilia a causas física-biológicas, seguramente debido a un conjunto de creencias desadaptativas y prejuicios con respecto al estatus nosológico de la «enfermedad» y de «enfermo», lo que tiene claramente un fuerte componente psicológico y afectivo-emocional.

Sin embargo, el tipo de escucha al que aludimos y los recursos disponibles para escrutar la sintomatología en el ámbito clínico, sea en atención primaria sea en consulta de especialidad, resulta ser más la excepción que la regla en la medicina contemporánea. Los sistemas de salud pública prefieren claramente el abordaje biomédico, predominantemente farmacológico, al apoyo psicológico por profesionales especializados o por equipos multidisciplinares. En este sentido nuestros estudios aportan posibilidades beneficiosas para el sistema: recursos sencillos, intervenciones eficaces, breves, de bajo coste y de resultados que permiten discriminar la etiología potencial de la patología.

Mientras tanto, los pacientes con FMS, si quieren ver reconocidos sus derechos como enfermos legítimos según el modelo aún vigente, tienden a buscar el reconocimiento biomédico de su enfermedad, rechazando a menudo la solución psicológica u otras afines. Esto también lo hemos podido comprobar en nuestros estudios en España y en Portugal. La lucha por el reconocimiento del FMS en cuanto categoría nosológica, ha sido desde siempre el principal objetivo de los pacientes y asociaciones de pacientes con FMS.

La obtención de un diagnóstico médico parece tener sobre los pacientes con FMS en general un efecto terapéutico a través de la validación de su condición. Importa subrayar que el rótulo de «fibromialgico/a» no debe de ser percibirse necesariamente «iatrogénico», como alguna literatura más escéptica ha sugerido. Por ejemplo, el estudio White y colegas (2002) ha encontrado que esta etiqueta no afecta negativamente los resultados de largo

plazo con pacientes de dolor crónico generalizado (Van Houdenhove, 2003). Evidentemente, el propósito de la designación nosográfica y nosológica del FMS, no es elevar el *distrés* presentado por los pacientes a un constructo de «enfermedad», sino integrar y acondicionar los síntomas y sus limitaciones funcionales en un término descriptivo, lo cual facilita la comunicación medico-enfermo a propósito de la dolencia (Van Houdenhove, 2003).

Una etiqueta diagnóstica ofrece al paciente la seguridad de que su enfermedad es reconocida y conocida por su médico, que puede existir una explicación, y que sus síntomas y su sufrimiento son reales y legítimos. Esto podrá impactar positivamente en su ansiedad y preocupación reduciéndola, restaurar su sentido de control y previsibilidad hacia la enfermedad, prevenir las frecuentes visitas al médico, y detener o atenuar la búsqueda desesperada por una causa biomédica como factor casi exclusivo de reconocimiento de la enfermedad (Van Houdenhove, 2003).

En estas condiciones, es posible que los profesionales de salud solo puedan ofrecer a sus pacientes explicaciones hipotéticas, tales como «su sistema de control de dolor puede que se haya vuelto hipersensible» (Van Houdenhove, 2003), y que tengan que informar de que no existe un tratamiento dirigido a la causa, pero que se puede mejorar su condición con medidas sintomáticas, y, por encima de todo, a través del aprendizaje resultante del afrontamiento resiliente, aceptado y comprometido con una vivencia adaptativa de su enfermedad.

Como defiende Van Houdenhove (2003) «asignar un nombre a la enfermedad y usarlo constructivamente no perpetúa o promueve una vida de somatización, sino que abre una perspectiva de un tratamiento pragmático, objetivando la optimización del funcionamiento físico y mental, así como la calidad de vida de los pacientes, estimulando a la vez un afrontamiento activo, un aumento de la autoeficacia y cuidados sostenibles de largo plazo».

Sobrepasando la simplicidad etiológica en medicina, la etiología suele ser explicada demasiado frecuentemente en términos monocausales simples, sea por dicotomías causales de tipo «orgánico», sea de tipo «psicogénico» (Gardner, 2000; Van Houdenhove, 2003), generalmente presentadas en clara oposición, con menosprecio del segundo. En una perspectiva biopsicosocial, sin embargo, la etiología especialmente de los FSS, debe considerarse multifactorial, implicando una interdependencia de factores biológicos y

psicosociales como predisponentes, precipitantes, y de mantenimiento (Neerinckx et al., 2000).

Como hemos referido antes, la historia de los pacientes con FMS revela vulnerabilidades psicosociales biográficas de largo plazo, así como sobrecargas físicas significativas, al mismo tiempo que *distrés* emocional continuado, agravado con el paso del tiempo y reforzado negativamente con un afrontamiento ineficaz, los cuales parecen interactuar con una predisposición genética... lo que definimos por característica «epigenética» de la enfermedad. Más aún, los síntomas y la discapacidad pueden perpetuarse a través de factores como (Van Houdenhove, 2003):

- La hipervigilancia, que actúa a la vez como factor amplificante de los síntomas;
- Creencias desadaptativas con respecto a la enfermedad;
- La evitación a la actividad, la cual conduce al aislamiento social progresivo de la persona y a la inactividad generalizada;
- Los trastornos de sueño persistentes;
- Trastornos psiquiátricos como la ansiedad generalizada y la depresión, entre muchos otros trastornos relacionadas con el estrés provocado por la enfermedad, o por problemas cotidianos, profesionales y familiares;
- Desarrollo de conductas de dolor por condicionamiento operante, a causa de compensación secundaria, como litigios por indemnizaciones o derechos por incapacidad.

No se trata por supuesto de reducir la complejidad multifactorial y multicausal de la enfermedad. Nuestra investigación y nuestros resultados no tienen intención reduccionista. Aunque hayamos encontrado razones para suponer una causa a la enfermedad autoasignada por los pacientes bajo un estado de conciencia especial más favorable para confrontar sus defensas psíquicas, eso solo es un punto de partida para el tratamiento y manejo de la enfermedad. Saber si los síntomas son causados por algún accidente previo traumático o potencialmente traumático, como se demuestra en nuestro estudio segundo (De Almeida Marques, 2019), o se relacionan con una condición psiquiátrica no identificada previamente, no pueden sustituir el abordaje biopsicosocial exigido por el tratamiento de las FSS (Gatchel et al., 2007; Jensen, 2015; Neerinckx et al, 2000, Van Houdenhove 2003;).

En este sentido, nos parece más plausible considerar que el trauma identificado autoasignado, especialmente si está asociado a distrés emocional crónico, a un afrontamiento pobre, y a la falta de apoyo social y emocional, como revela nuestro estudio (de Almeida Marques et al 2019), puede, en individuos vulnerables, facilitar el desarrollo de una anormal y persistente respuesta de dolor generalizado, que impida la recuperación (Pellicer et al., 2016; Thompson et al., 2019; Van Houdenhove, 2003; Veltri et al. 2012).

Nuestros estudios (De Almeida Marques et al., 2018, 2019; 2020 en sumisión) ponen de manifiesto la necesidad y la ventaja terapéutica de revelar, en la medida de lo posible, la exacta naturaleza de los procesos psicopatológicos que ocurren a consecuencia de los acontecimientos potencialmente traumáticos vividos, no reconocidos y no tratados a su tiempo, así como su papel en la iniciación y cronificación del dolor en el FMS.

Nos hemos acostumbrado a la atribución del rótulo de «somatización» en el diagnóstico del FMS y de otras FSS, cuando el dolor de los pacientes y otros síntomas comórbidos no pueden ser explicados en el marco del modelo biomédico tradicional. Esto conlleva un prejuicio que desvaloriza la naturaleza y alcance discapacitante de los síntomas; por su parte, los pacientes lo interpretan como «dolor psicógeno» que es lo mismo que «irreal» o imaginado.

Sin embargo, desde los años 90 (Sharpe & Bass, 2009) existe una amplia evidencia de que la somatización debe de ser repensada como un proceso que envuelve no solo mecanismos psicológicos y psicofisiológicos, sino también neurobiológicos (Van Houdenhove, 2003).

Hemos visto, por ejemplo, hallazgos con respecto al papel del eje HPA que demuestran la hiperreactividad de este mecanismo de regulación central en variados FSS, resultando probablemente de una falta de activación central adecuada (Boomershine, 2015; Littlejohn & Guymer, 2018; Kadetoff et al., 2015; Kosec et al., 2015; Staud, 2009), lo cual parece reflejarse en una baja regulación de este sistema de respuesta al estrés (Van Houdenhove, 2003, 2006, 2008). Parece evidente que este fenómeno ocurre después de un prolongado período de funcionamiento hiperactivo, lo cual es consistente con las historias de vida de los pacientes con FMS (Dell'Osso et al., 2011; Kivimäki et al., 2004; Van Houdenhove, 2002, 2003, 2006, 2008). Además de característicos de pacientes con PTSD, estos hallazgos se encuentran recurrentemente en pacientes con FMS (Adler et al., 2002; Asmundson et al., 2002; Häuser & Henningsen, 2014; Häuser, et al. 2015; Van Houdenhove 2003; Yehuda R.,

2002). De igual modo, como hemos visto, esta desregulación neuroendocrina parece estar asociada con trastornos autoinmunes, como una producción anómala de citoquinas pro-inflamatorias, conduciendo a típicas conductas de dolor, y ser posiblemente responsable del umbral bajo de dolor, por estados de inflamación, así como de dificultades de concentración en pacientes con FMS (Meester et al., 2020; Van Houdenhove, 2003).

Se planteó la hipótesis de que el FMS resulta ser a la vez un proceso autoinmune neuropáticamente inducido, compatible con la hipótesis de hipersensibilización central. Considerando lo que sabemos sobre las diferencias entre sexos con respecto al sistema inmune, la hipótesis autoinmune podría sustentar la predominancia de mujeres entre los pacientes que sufren de FMS. La hipótesis autoinmune resulta así de las siguientes observaciones (Meester, 2020):

- El perfil epidemiológico del FMS es muy similar al de la autoinmunidad, dado que los dos alcanzan su cumbre entre mujeres de mediana edad;
- El FMS co-ocurre con un cluster de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, el síndrome del intestino irritable, la cistitis intersticial o la vejiga hiperactiva, entre otros.

La hipersensibilidad puede producirse por la disfunción del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), por la inhibición de los mecanismos descendientes del dolor, sensibilización central y periférica, y también por un aumento de neuromoduladores pro-nociceptivos, como la sustancia P, y el factor de crecimiento nervioso (NGF) (Adler et al 2002; Afari et al., 2015; Meester et al., 2020; Van Houdenhove, 2003). Evidencias recientes derivadas de estudios de neuroimagen parecen confirmar la implicación de procesos cerebrales disfuncionales (Gracely et al., 2002; Gracely et al., 2004; Meester et al., 2020; Van Houdenhove, 2003). Aunque no se sepa exactamente cuál es la naturaleza exacta de esas disfunciones, se espera que nuevas disciplinas como la psiconeuroendocrinología y la psiconeuroinmunología tiendan el puente sobre la llamada «brecha» cartesiana, entre los factores neurobiológicos y psicológicos en el FMS, y aclaren el impacto de la biografía en el cuerpo del individuo con FMS (Azar, 2001; Danese & Lewis, 2017; Tausk et al., 2008; Van Houdenhove, 2003). La verdad es que hasta ahora la investigación no ha sido capaz de establecer un puente causal consistente entre estas anomalías fisiológicas, biológicas y neuroendocrinas en la aparición y el mantenimiento del FMS y las respuestas psicológicas y emocional-afectivas que esta

población clínica presenta. Nuestro trabajo y nuestros resultados pueden contribuir en la construcción de este tipo de puente.

A día de hoy, mucho ha cambiado en el abordaje médico de las FSS. Sin embargo, a nivel de muchos clínicos la sospecha hacia el FMS parece mantenerse. La exasperación del modelo médico convencional hacia las FSS ante la imposibilidad de una caracterización nosológica y nosográfica funcional basada en una etiología bien circunscrita resulta ser un reto permanente. Algunas cuestiones exigen, en consecuencia, respuestas para la práctica clínica (Van Houdenhove, 2003):

- ¿Deberá la medicina contemporánea fijarse únicamente en síntomas y síndromes que han alcanzado el estatuto de enfermedad bien caracterizada nosológicamente?
- ¿Deberán los clínicos cerrar sus ojos al sufrimiento humano que no puede probarse por la evidencia dura de la ciencia actual?
- ¿Deben estos tipos de enfermedad «sin causa» ser descalificados como «no-enfermedades»?

La OMS ha postulado que más que enfermedades hay enfermos. Nunca como ahora la ciencia médica se ha basado en la evidencia, y sin embargo quizás nunca como hoy la medicina se encuentra tan desacreditada, con miles de pacientes siguiendo por los caminos inciertos de la medicina complementaria o alternativa y España no es una excepción (Álvarez-Hernández & Vázquez-Mellado, 2006; Van Houdenhove, 2003).

Puede que la medicina convencional haya ignorado, al deslumbrarse excesivamente con su excesiva especialización y poder técnico, la naturaleza compleja e interpersonal de la intervención y del cuidado clínico, simplificándolo demasiado. El sentido del arte y de humanidad que conllevan su práctica ha quedado relegado a la sensibilidad personal del clínico, no como constituyente esencial. En este sentido, el FMS reta a la medicina moderna a recuperar los valores tradicionales, interpersonales y humanistas de su práctica. Las consultas no deben transformarse en talleres de reparación mecánica de enfermedades, sino espacios de encuentro dónde se puedan comprender plenamente las múltiples dimensiones del «estar/ser enfermo» como manifestaciones mismas de la propia vida. El FMS y otros tipos de FSS nos invitan a aceptar todo el sufrimiento que se nos plantea,

incluso cuando no está basado en un deterioro «objetivo» conforme a la epistemología contemporánea.

El FMS nos recuerda que una alianza terapéutica y un estilo de relación empático, no juzgador, así como un compromiso de seguir cuidando, pueden ser herramientas terapéuticas extremadamente poderosas, no solo para tratar, sino para encontrar, en la búsqueda por una etiología diagnóstica, el punto de partida para una comprensión de la persona en toda su dimensión existencial y psicosocial. La hipnosis contemporánea alberga intrínsecamente esta exigencia y nos hace pensar que deberíamos valorar mejor los efectos no específicos del tratamiento, a la luz de un diagnóstico bien fundamentado en una etiología circunscrita (Van Houdenhove, 2003).

No deja de ser curioso que en occidente la prevalencia de las FSS sea tan elevada: ¿puede ser este un indicador de la decadencia de nuestra civilización, en contraste con las necesidades universales del ser humano?

Si es verdad que la medicina actual, por sus exigencias economicistas, no se encuentra aún preparada para lidiar con los problemas sociales y sus correlatos en toda su extensión, decisivos para comprender y tratar las FSS como el FMS, se han realizado muchas conquistas desde el reconocimiento del FMS como enfermedad. Estas conquistas pueden ser amplificadas con la colaboración de los métodos hipnóticos y con su filosofía de base humanista. Se puede mejor evaluar a través de ella, sea los sistemas internos de sufrimiento del paciente desvelando sus impactos intrapsíquicos, sea los presentes en los sistemas externos de recompensa, como los ambientales o situacionales. La caracterización tipo de las atribuciones a los PTLEs realizadas en EMC ha posibilitado no solo la verbalización de ambos, sino también evaluar desde el punto de vista psicosocial y antropológico su impacto en la historia de las personas con FMS. Sería igualmente interesante realizar este tipo de estudio con hombres y evaluar sus atribuciones para comparar el impacto del factor género en el tipo de vivencias potencialmente generadoras de la patología.

Utilizar la hipnosis clínica sea para complementar un diagnóstico, sea para efectuar una intervención psicohipnoterapéutica, no solo aporta numerosas ventajas en el complejo desconcierto en que las FSS dejan el conocimiento médico actual (Pellicer et al., 2016; Thompson et al., 2019), sino que intensifica la relación clínico-paciente.

La apertura de las defensas inconscientes del paciente exige flexibilidad del clínico, cuya intervención puede ser más directiva en caso de que el paciente necesite sentirse más

seguro, o menos, si necesita una relación más igualitaria con el terapeuta (Barber, 1999, p. 41). El tratamiento hipnótico efectivo requiere un elevado nivel de contacto interpersonal, al exigir una atención sostenida y un estrecho control del estado afectivo del paciente, intensificando los fenómenos de transferencia y contratransferencia (Barabasz & Watkins, 2012; Barber, 1999, p. 134; Pellicer et al., 2016; Watkins & Barabasz 2012).

Reconocer al paciente como ser humano racional, inteligente y creativo permite encontrar soluciones para sus problemas como principio de la hipnosis clínica contemporánea, corrigiendo la perspectiva médica convencional según la cual el profesional dispone de todas las respuestas (Hawkins. 2007, p. 27). Muchas veces, los profesionales sanitarios, incluidos los psicólogos, coartan el potencial de las personas para manejar sus propias vidas de un modo personal y autónomo, lo que puede conducir las al estatuto de consumidoras pasivas de tratamientos, sin involucrarse en su propio proceso de curación.

Nuestra investigación rompe muchos de los mitos que aún existen sobre la hipnosis clínica. No solo hemos conseguido, en menos tiempo, más confortablemente, y con menos sufrimiento, que los pacientes atribuyesen a su enfermedad un conjunto de atribuciones verificables autobiográficamente en comparación con entrevistas convencionales, sino que lo hemos hecho en un contexto de *rapport* mínimo o casi inexistente, contrariamente a lo que sabemos requiere la hipnosis clínica. Sin embargo, estas condiciones extremadamente exigentes, pueden favorecer su aplicación en las difíciles condiciones de la práctica clínica, sobre todo en atención primaria. Hemos querido asimilar al máximo en nuestra investigación las condiciones y circunstancias habituales del contexto de atención primaria.

Hay que subrayar que estas mínimas condiciones de exploración de las vivencias potencialmente inductoras de patología se diseñaron para evitar todo tipo de iatrogenia, reducir o evitar falsas memorias, así como gestionar las expectativas hacia los terapeutas. El contexto clínico, desde el punto de vista psiquiaterapéutico, resulta ser mucho más exigente. La opción de no utilizar escalas estandarizadas de sugestionabilidad, por ejemplo, tiene este propósito metodológico; hemos utilizado preferentemente instrumentos neutros, abiertos, que pudiesen reproducir las condiciones extremas y únicas del contexto clínico, principalmente en atención primaria.

Sin embargo, no es desdeñable que el uso de la palabra «hipnosis» facilita por sí mismo el estado hipnoidal, y en parte podría explicar, al menos para una parte de la muestra, el

éxito de los resultados, aunque con pobre *rapport*. Incluso nos pareció que la resistencia a la intervención mostrada por algunos pacientes se debió más al miedo a revelar información que pudiera amenazar el estatus de enfermos, más que resistencia misma al estado hipnótico.

Es igualmente posible que el *setting* y los instrumentos utilizados para las entrevistas en estado normal y modificado de conciencia hayan podido influenciar los resultados. Con respecto al estado normal de conciencia, aunque la entrevista haya incluido preguntas abiertas, también contenía instrumentos standardizados como el FIQ o el QMS. Esto podrá por su vez estar compensado por algún *rapport* con el responsable de su aplicación resultante del tiempo dedicado a esta entrevista, manifiestamente más alto que el de la entrevista en estado hipnótico. Así, no es de todo improbable que los malos resultados de los cuestionarios convencionales, sin ejercicios de relajación asociados, hayan suscitado de los pacientes con dolor crónico resistencias asociadas a su estado doloroso que hayan condicionado negativamente los resultados.

En sentido opuesto, el cuestionario en estado modificado de conciencia, obtenido en un *setting* distinto, más acogedor, relajante, aunque de pobre *rapport*, puede haber creado las condiciones para respuestas más significativas desde el punto de vista terapéutico, asociadas a la disminución del dolor. Incluso, los aparatos empleados puede que hayan funcionado como un estímulo indirecto reforzando, con su aparente «objetividad» e impersonalidad, la lógica biológica implícita en las expectativas de los pacientes con respecto a su enfermedad, en vez de la estrictamente psicológica a la cual son más resistentes. Quizás fuera interesante explorar los resultados de los cuestionarios convencionales obtenidos bajo un ambiente más acogedor, intimista y de aceptación incondicional del paciente, antes de someterlo en frío a preguntas estandarizadas.

Es consistente con la literatura que los pacientes con dolor crónico y FMS en especial presentan niveles más altos de disociación que la población en general (Castel et al., 2008; Hilgard, 1992; Johnson, 2008; McNally, 2007; Pellicer et al., 2016; Watkins, 1988). Nuestra resistencia a utilizar instrumentos o escalas de medida del constructo «hipnotizabilidad» o «receptividad hipnótica», nos pareció redundante, e incluso una pérdida de tiempo dado lo que ya se conoce de esta población clínica.

Asumiendo la hipótesis trauma en nuestra investigación, y asumiendo que la población con FMS suele presentar altos niveles de trauma y incluso de PTSD, se esperaba que estos

factores se correlacionaran positivamente con el grado de hipnotizabilidad de esta población. Hilgard (1973; 1992) exploró, en su teoría de la «neodisociación», este aspecto. Esto puede igualmente explicar alguna variabilidad en los resultados de la profundidad hipnótica, pero de igual forma en los resultados significativos de vivencias autoatribuidas al dolor con poco o ningún *rapport*. De hecho, se sabe que los individuos más hipnotizables necesitan menos *rapport* para que el fenómeno hipnótico ocurra. En nuestro caso, prácticamente no existió *rapport*. Tal vez la palabra *hipnosis*, asociada a altos grados de hipnotizabilidad de esta población, haya mediado los resultados.

Sabemos que la hipnosis conlleva cambios neurofisiológicos en la actividad de la corteza cerebral (Adachi et al., 2014), pero no sabemos de qué modo esos cambios actúan o son actuados por el estado hipnótico. Hilgard y Hilgard (1994; 2013) han demostrado que la capacidad de reducir el dolor es universal pero probabilística, siendo más eficaz en los *high* que en los *low*. En este sentido se puede conjeturar que la hipnosis en el control del dolor es más eficiente en los primeros, en cuanto que en los segundos el *rapport* puede ser la compensación necesaria para elevar su receptividad hipnótica (Jensen et al., 2015; Pellicer, 2016; Thompson et al., 2019). La «receptividad hipnótica» predice la capacidad de un individuo para reducir la percepción del dolor bajo hipnosis. Las disparidades de resultados en la literatura al respecto se deben sobre todo a la no discriminación si el dolor es sensorial o afectivo (Barber, 1999; Hawkins, 2007). Aunque no fue nuestro objetivo, nuestros resultados apuntan a una disminución significativa de estas dos dimensiones del dolor, más a corto plazo en lo sensorial, más a medio plazo en lo afectivo (De Almeida Marques et al., 2019; 2020).

Otro aspecto importante resulta del déficit de memoria que la literatura refiere típicos del SFM, conocidos en la literatura como «fibrofog» o «demencia transitoria» (Cox & Barnier, 2015; Kravitz & Katz, 2015; Rull et al., 2008). Sería de esperar que este factor condicionara las narrativas en estado modificado de conciencia, volviéndolas propicias a la confabulación (Loftus, 1997; Lynn, 2001; Spanos et al., 1996). Ross (1977) mostró que existe la posibilidad de distorsiones en las atribuciones. Sin embargo, en nuestro caso, la plausibilidad y la ausencia de narrativas exageradas o bizarras, más centradas en los acontecimientos de la vida estresantes, son una señal de que son auténticas. Pero denotan igualmente que el estado hipnótico puede potenciar el acceso a las funciones y mecanismos de la memoria que en estado normal de conciencia presentan anomalías. La sorprendente contención de procesos típicos de confabulación resultó evidente (Cox & Barnier, 2015).

Podemos asimismo hablar de algún pudor con respecto a memorias traumáticas relacionadas con otros significativos.

La hipnosis neutra (Cardeña et al., 2013) que hemos empleado como método preventivo parece ser, en consecuencia, muy eficaz para la recuperación de memorias potencialmente relacionadas con la patología.

Sin embargo, para autores como Cardeña et al. (2000) y Capafons (1999), la mayoría de los fenómenos hipnóticos no necesitan, sobre todo en clínica, que, como hemos visto, trabaja con estados hipnóticos leves a medianos, inducir intencionadamente un estado alterado de consciencia. Lo que significa que la hipnosis contemporánea aporta al trabajo terapéutico una multiplicidad de recursos que, por su plasticidad, son virtualmente ilimitados. Con respecto a este fenómeno, lo hemos podido comprobar nosotros igualmente en nuestras investigaciones (De Almeida Marques, 2019, 2020, 2021) con pacientes de FMS. Nos referimos a las pacientes que presentan valores Bispectral Index (BIS) de profundidad no significativos, los sujetos que aparentemente presentaban menor capacidad de hipnotizabilidad, o sea, cuyas activaciones fisiológicas bajo sugerencias de relajación, registradas por el BIS, no correspondían al estado de profundidad hipnótica esperado para el desbloqueo de memorias significativas. A pesar de un aparente EMC poco profundo o ligero, estas personas, contrariamente a lo esperado, siguieron mencionando y atribuyendo el origen de su enfermedad a PTLE's específicos. Estos datos confirman la complejidad del estado hipnótico, por un lado, y por otro indican que los estados hipnóticos ligeros son igual de productivos y potencialmente terapéuticos, dando la razón a los investigadores de línea sociocognitiva (Capafons, 1999, 2001; Mendoza et al., 2009).

Otro aspecto interesante observado es lo que ha ocurrido después de la finalización de la sesión de hipnosis. Un número significativo de estas pacientes volvieron, ya en vigilia, a su postura inicial con respecto a la comprensión de su enfermedad, como si no hubieran declarado nada de relevante en estado hipnótico. Cuando se les preguntaba de nuevo en estado normal de consciencia lo que se había preguntado en EMC, con raras excepciones la respuesta patrón era que no asociaban a su dolor ningún acontecimiento vital. ¿Como interpretar este fenómeno? ¿Alexitimia? ¿Represión? ¿Negación? (Friedman & Hartelius, 2015; Parrish et al., 2008; Pérez-Pareja et al., 2010; Romagnolli et al., 2016).

Mucho trabajo queda por hacer para incrementar el conocimiento de los médicos con respecto a los aspectos psicosociales de las enfermedades. Descuidar la comunicación

médico-enfermo, rechazar la colaboración con otros profesionales de salud en contexto biopsicosocial, o negar lo «subjetivo» en clínica conducirá inevitablemente a un desapoderamiento del papel de los clínicos, derivando demasiados pacientes a las dudosas soluciones de la medicina alternativa (Van huodenhove, 2003). La hipnosis clínica, aunque excesivamente connotada con este mundo alternativo, tiene una reputación venerable y puede complementar el trabajo del clínico, dado que se resiste a las apropiaciones tecnocráticas y especialísticas que dominan el ámbito clínico (Barabasz & Watkins; 2012; Pellicer, 2016; Thompson, 2019; Watkins & Barabasz, 2012).

Lo que no ofrece ninguna duda es que, a causa de su naturaleza y complejidad, las FSS, y el FMS en especial, requieren un abordaje biopsicosocial, sea en la determinación de su causalidad, sea en su tratamiento (Jensen, 2015). De hecho, el FMS se refiere a una rama de síntomas consistente con el dolor crónico generalizado de tipo musculoesquelético, acompañado de alodinia, hiperalgesia, fatiga física y mental, intolerancia al esfuerzo, sueño no restaurador, y otras quejas de tipo funcional, por ejemplo, gastrointestinal. Siendo igualmente una cuestión de género, dado que afecta a más mujeres que hombres, comparte sobre todo su sintomatología, con la cual suele confundirse, con el síndrome de fatiga crónica (CFS) y otras FSS (Afari et al., 2014). Las polémicas en torno a su autonomía, a que hicimos referencia en capítulos anteriores, no deben, en nuestra opinión, como subrayan Johnson (2008) y Afari et al. (2014) menoscabar su caracterización como entidad nosológica distinguida, ni disminuir o desincentivar la investigación que se ha generado en su entorno. Como síndrome de sensibilización central, el papel del estrés físico y psicosocial ha sido postulado como el principal factor modulador y vulnerabilizante de la patología, de su precipitación, mantenimiento y pronóstico negativo (Van Houdenhove et al., 2005). El papel de los factores estresantes como los encontrados en los resultados de nuestros estudios confirma esta hipótesis. Señalan, que en cuanto PTLE, los acontecimientos vitales en general, y no solo el trauma grave, pueden actuar como factores precipitantes del síndrome y, en consecuencia, de no ser reconocidos precozmente, generar la cronificación del síndrome (De Almeida Marques et al., 2019, 2020; Dell'Osso et al., 2011; Fernandes et al., 2011; Gonzalez et al., 2013; Häuser, et al., 2013; Haviland et al., 2010; Kanner, et al. 1981; Kivimäki et al., 2004; Sallinen et al., 2010).

Los PTLEs, entendidos o percibidos como potenciales o efectivas amenazas a la homeostasis psicológica y física de la persona, resultan ser estresores que dependen fundamentalmente de las respuestas idiosincrásicas del sujeto en función de su

vulnerabilidad psicopatológica, en la cual se incluyen los rasgos de personalidad, que actúan como factores de vulnerabilidad. En este sentido, los elevados niveles de neuroticismo asociados a las enfermedades, comórbidas o primarias, de tipo psicopatológico o psiquiátrico contribuyen igualmente en la instauración, mantenimiento y pronóstico negativo del síndrome. Sin embargo, este estado de amenaza constante, típico del paciente con dolor crónico, potenciador de distrés y PTSD, tiene igualmente implicadas respuestas biológicas, activadas con base genética y hormonal. El objetivo de este tipo de respuestas nos es otro que de preservar o restaurar el equilibrio del sistema global.

Desde el punto de vista neurohormonal, la respuesta al estrés es fundamentalmente procesada por el eje central locus coeruleus/norepinefrina produciendo norepinefrina y epinefrina, actuando muy de cerca con el eje HPA en la producción de gluco-corticoides. Estos dos ejes son estimulados por la hormona liberadora de la corticotropina (CRH), secretada por la amígdala, el hipotálamo, y otras estructuras cerebrales. Una vez pasado el estado de amenaza, la respuesta al estrés es desconectada y sustituida por un sistema de feedback negativo (Houdenhove et al., 2005). Lo que pasa con los pacientes con FMS es que el sistema se encuentra permanentemente activado, sea por la activación de los sistemas de evitación al dolor (hipervigilancia), sea por los antecedentes biográficos relacionados con los impactos negativos de los PTLE.

Se reconoce en la literatura, aunque con evidencias algo contradictorias, que la historia de los pacientes con FMS se caracteriza por la existencia de múltiples estresores físicos y psicológicos. Los resultados que hemos obtenido se lo confirman, y van en el sentido de que, en esta población, el concepto del trauma entendido clásicamente debe de ser enmarcado en sistemas más comprensivos de referencia como «life stressors», o eventos de vida potencialmente traumáticos (Häuser et al., 2013, 2014).

El tipo y categoría de los PTLE identificados en nuestro segundo estudio (De Almeida-Marques, 2020) confirman y facilitan evidencia a la tendencia actual de interpretar el trauma teniendo en cuenta más la realidad idiosincrásica del sujeto, con profundo significado personal de la persona que lo sufre, que del acontecimiento mismo *per se*. Esta realidad es aún más evidente en los sujetos con FMS y se puede conjeturar que también en otras FSS afines (Afari et al., 2014). Por ejemplo, los acontecimientos vitales relacionados con el tipo de actividad profesional u otra de los pacientes identificados en los resultados de nuestro estudio se lo denota: carga laboral excesiva, inhibición o desvalorización de la capacidad para tomar decisiones (baja autonomía en el trabajo), o ser acosado

psicológicamente en el trabajo son algunos de ellos que la literatura refiere aumentar entre dos a cuatro veces más el riesgo de desarrollar FMS (Kivimäki et al., 2004; Van Houdenhove et al., 2005).

Ya en cuanto al tratamiento del FMS, el uso de la hipnosis clínica presenta, a partir de nuestros resultados, ventajas evidentes tanto en plan de discriminación de un tratamiento como de refuerzo de las técnicas a emplear por los marcos teóricos convencionales, como la CBT (Castel et al., 2016). Hemos visto en capítulos anteriores que la CBT, aunque con limitaciones, parece presentar algún grado de evidencia en cuanto a la eficacia del tratamiento del FMS. Cuando se interpretan los disturbios neuroendocrinos como meramente secundarios en la enfermedad (como puede resultar de la exploración bajo hipnosis de las causas asociadas a la enfermedad), los terapeutas CBT pueden por supuesto esperar corregir las percepciones distorsionadas, las creencias, atribuciones y conductas relacionadas con la sintomatología y con el factor potencialmente causante de la enfermedad (Castel et al., 2012). Se busca motivar los pacientes a abandonar el rótulo de enfermo de FMS con la perspectiva de mejorar su recuperación.

Aunque que se haya demostrado recientemente discretos cambios y efectos neurohormonales en el volumen cerebral después de la terapia bajo orientación CBT (De Lange et al., 2008; Lera et al., 2009), persisten en los resultados evidenciados en la literatura las incertidumbres con respecto a los objetivos del tratamiento, estrategias de acción y su eficacia a largo plazo, con los más críticos defendiendo que estos no pasan de constructos cuya interpretación se circunscribe al contexto clínico (Van Houdenhove & Luyten, 2008). La TCP (Paz et al., 2020) o el nuevo modelo de la CBT, la ACT, pueden aportar elementos que amplian y valoran significativamente el tratamiento, cubriendo algunos aspectos que no se encontraban contemplados en la CBT de primeras generaciones. Sin embargo, la psicohipnoterapia, al integrar muchas de las estrategias que se encuentran en estos modelos de intervención terapéutica, potenciándolas y ajustándolas dinámicamente al tipo de paciente y de sintomatología planteadas, es una opción prometedora en el abordaje terapéutico del FMS. Se puede especular que el *disclosure* seguro de las vivencias autoatribuidas a la enfermedad parece, por lo menos en el FMS de tipo secundario, aportar información decisiva para su tratamiento, facilitando su orientación. Sin embargo, se necesitan más estudios experimentales y clínicos, para confirmar esta hipótesis.

La reducción del dolor y de los síntomas depresivos parece solamente ser eficaz en intervenciones psicoterapéuticas de curso largo y de tipo individual (Paz et al., 2020). La

eficacia de la CBT parece más dirigida al manejo clínico de los síntomas en grupos reducidos. Ha mostrado ser insuficiente al centrarse en pensamientos, emociones y comportamientos específicos. La estrategia y abordaje terapéutico de la TCP (terapia de los constructos personales), la cual consiste en dirigir la atención y intencionalidad terapéutica hacia el *self*, otros significativos y eventos relevantes, parece ser más eficaz en los dominios antes referidos, especialmente en la reducción y el control de la sintomatología depresiva. Mientras tanto, resulta curioso que el trabajo con el *self* a través de metáforas o de la clarificación y solución de problemáticas y dilemáticas a nivel del inconsciente son igualmente típicos de las psicohipnoterapias contemporáneas, eriksoniana y transpersonal (jungiana), las cuales presumen de alcanzar gran eficacia terapéutica a corto y medio plazo (Alvarez-Nemegyei et al., 2007; Barabasz & Watkins, 2012; Friedman & Hartelius, 2015; Pellicer, 2016; Thompson et al., 2019; Watkins & Barabasz, 2012). Nuestra investigación cubre así dos objetivos: encontrar un nuevo método de exploración de la causalidad autopercebida de la patología con finalidades diagnósticas; e indirectamente, proporcionar elementos que faciliten la elección terapéutica más eficaz teniendo en cuenta el cuadro etiológico presentado por el paciente y, a la vez, potenciar con el recurso de la hipnosis clínica las técnicas convencionales que se reconocen por su eficacia en los diferentes contextos de la intervención terapéutica. Los resultados de nuestra investigación dan buenas indicaciones, directa e indirectamente, para satisfacer estos dominios, además se sabe que las mujeres son más hipnotizables que los hombres, al igual que en el FMS las mujeres son la población que más lo sufre (Scacchia & De Pascalis, 2020).

En cuanto al propósito de crear condiciones para la elaboración de un diagnóstico diferencial, que ha sido el objetivo primero de nuestros estudios, y una necesidad planteada por Wolfe (2010), consideramos importante comentar algunas consideraciones previas. Nuestra perspectiva se suma a la de Van Houdenhove (2003), quien defiende que evaluar el FMS no implica únicamente situarse en el estado doliente de la persona, sino también considerar que sus síntomas pueden interferir en su funcionamiento diario y redundar en una marcada perturbación de la vida como un todo.

A pesar de que nuestros resultados pudieran contribuir a clarificar la etiología del FMS, sobre todo de tipo secundario, evaluar la discapacidad de los pacientes sigue siendo una tarea difícil y compleja. Van Houdenhove (2003) subraya que la «evaluación objetiva» en un contexto médico-legal es frecuentemente mal concebida e interpretada en términos de «verificación hecha por medida» en la cual el término «objetivo» se refiere a criterios de

validez y fiabilidad, aspirando lo más posible a la exclusión de cualesquiera sesgos personales. Sin embargo, como refiere esta autora a título de ejemplo, nadie puede negar que la «disfuncionalidad» planteada por los pacientes con trastornos psiquiátricos pueda ser convenientemente evaluada por el clínico, sin que se necesite ninguna medida estrictamente objetiva, sino partiendo de la escucha activa y de los autorrelatos de los pacientes a sus médicos. Así que, sabiendo que la evaluación y caracterización del FMS depende sobre todo de las quejas presentadas por los pacientes en situación de autorrelato, ¿por qué deberían los FSS como el FMS ser tratados de forma diferente desde un punto de vista médico-legal?, ¿por qué debería tener menos valor objetivo el relato consistente de la situación de sufrimiento de un paciente a su médico, hecha en contexto de primera y exploratoria consulta, la cual por supuesto deberá ser más intimista y de proximidad con la condición extrema de ese ser humano?

Cuestionando en detalle el funcionamiento físico y mental, no perdiendo de vista la lógica interna y consistencia de sus respuestas, y al mismo tiempo evaluando la interferencia de los aspectos psicosociales se puede determinar objetivamente la discapacidad del paciente. Por eso es tan importante crear las condiciones de evaluación que reflejen esta actitud, digamos, más intimista, de abordaje del paciente con FMS. Por eso la exploración de la causalidad bajo hipnosis contemporánea se puede volver un recurso indispensable a esta lógica de respeto a la persona que se presenta en sufrimiento, sobre todo cuando el médico o clínico responsable sabe que no tiene aún ningún otro medio diagnóstico que le aporte información fiable. Los test psicométricos pueden aportar valor adicional, pero deberán ser siempre interpretados en el marco individual de la narrativa personal del paciente. En nuestra opinión, por más métodos objetivos que se diseñen, esta será siempre una exigencia básica en toda evaluación diagnóstica de un paciente con FMS. Sin embargo, hay que considerar que la hipnosis clínica en la exploración y intervención terapéutica de narrativas autobiográficas puede ampliar significativamente su consistencia. El EMC es en verdad más que un mecanismo de *disclosure* que devuelve al paciente la posibilidad de mirar con seguridad los contenidos de su conciencia que rechaza confrontar; es un verdadero potenciador de posibilidades y de técnicas de intervención terapéutica. Por ejemplo, la reestructuración cognitiva, una técnica bien conocida de la CBT, si se realiza en EMC resulta mucho más eficaz, consume menos tiempo y con resultados más duraderos según nuestra experiencia clínica (Castel et al., 2012, 2016).

Claro que, con respecto al tema sensible del diagnóstico, teniendo en vista la integración o retirada del mundo del trabajo del paciente con FMS, evidentemente, los agentes de evaluación de discapacidad para el trabajo están obligados a prevenir el uso inadecuado y abusivo de los sistemas de protección y seguridad social. Deben prestar atención al cada vez mayor impacto e influencia de las organizaciones de autoayuda en el FMS, grupos de presión y los *mass media* modernos en la presentación de los síntomas de los pacientes (Van Houdenhove, 2003). El uso de la hipnosis en este contexto deberá ser restringido, en obediencia a las exigencias éticas de protección de la persona, evitando los prejuicios y la suspicacia, como si cada paciente con FMS estuviera bajo sospecha de ser un potencial delincuente, que deberá ser espiado y confrontado por todos los medios posibles.

Finalmente, la incapacidad laboral en pacientes con FMS es a la vez un problema social más amplio que exige un abordaje multifactorial y multidimensional. Quizás responda a una forma de defensa de los propios pacientes, desesperados e impotentes con las condiciones inhumanas de su existencia. Un esfuerzo para escapar de una vida de perfecto desconcierto, soledad y anulación de posibilidades. Permanecer en el trabajo no depende solamente de las limitaciones funcionales del paciente, sino también de la buena voluntad y disponibilidad de los empleadores, para ajustar los ambientes de trabajo y respectivas tareas, proveyendo soluciones ajustadas, caso a caso, que contemplen el respeto por el carácter único, intransferible e irreductible de la persona humana (Van Houdenhove, 2003).



VI. Conclusiones

Conclusiones

Hipótesis 1: se confirma

Conclusión 1: en estado de hipnosis, frente al estado de vigilia, se verbalizaron un número mayor, de forma estadísticamente significativa, de acontecimientos vitales potencialmente traumáticos. Concretamente 9,8 veces más.

Hipótesis 2: se confirma

Conclusión 2: las pacientes verbalizaron un elevado número de acontecimientos potencialmente traumáticos, que pudieron ser agrupados en tipos. Exactamente 23 distintos, que se agruparon en 8 tipos diferentes (duelo, enfermedad/accidente/cirugía, personal, familiar, pareja, enfermedad ajena/cuidador, económico y abuso sexual).

Hipótesis 3: se confirma

Conclusión 3: el tipo de acontecimiento vital potencialmente traumático revelado estuvo influido, de forma estadísticamente significativa, por el estado de conciencia de las pacientes. Concretamente, los acontecimientos de tipo enfermedad/accidente/cirugía y enfermedad ajena/cuidador fueron más verbalizados en vigilia, mientras que los de tipo duelo, personal, familiar, pareja, económico y abuso sexual fueron más verbalizados en hipnosis.

Hipótesis 4: no se confirma

Conclusión 4: el tipo de acontecimiento vital potencialmente traumático revelado no influyó, de forma estadísticamente significativa, en la realización de atribución causal.

Hipótesis 5: no se confirma

Conclusión 5: el tipo de acontecimiento vital potencialmente traumático revelado no influyó, de forma estadísticamente significativa, en la interacción entre la realización de atribución causal y el estado de conciencia de las pacientes.



VII. Referencias

- Aaron, L.A., Bradley, L.A., Alarcón, G.S., Alexander, R.W., Triana-Alexander, M., Martin, M.Y., Alberts, K.R. (1996). Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheum*, 39(3), 436-45. <https://doi.org/10.1002/art.1780390311>. PMID: 8607892.
- Aaron, L.A., & Buchwald D. (2003) Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 17, 563–74. [[PubMed:12849712](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12849712/)]
- Accardi, M., Cleere, C., Lynn, S.J., & Kirsch. I. (2013). Placebo versus "standard" hypnosis rationale: attitudes, expectancies, hypnotic responses, and experiences. *Am J Clin Hypn*, 56(2), 103-14. <https://doi.org/10.1080/00029157.2013.769087>. PMID: 24665814.
- Adachi, T., Fujino, H., Nakae, A., Mashimo, T., & Sasaki, J. (2014). A META-ANALYSIS OF HYPNOSIS FOR CHRONIC PAIN PROBLEMS: A Comparison Between Hypnosis, Standard Care, and Other Psychological Interventions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(1), 1–28. <https://doi.org/10.1080/00207144.2013.841471>.
- Adler, G.K., Manfredsdottir, V.F., & Creskoff, K.W. (2002). Neuroendocrine abnormalities in fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.*, 6(4):289-98. <https://doi.org/10.1007/s11916-002-0050-5>. PMID: 12095464.
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., . . . Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2–11. <https://doi.org/10.1097/PSY.000000000000010>
- Aggarwal, V.R., McBeth, J., Zakrzewska, J.M., Lunt, M., & Macfarlane, G.J. (2006). The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *International journal of epidemiology*, 35, 468–76. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi265>
- Álvarez-Hernández, E., & Vázquez-Mellado, J. (2006). Frecuencia de uso de medicinas complementarias y alternativas en sujetos que acuden por primera vez al servicio de reumatología. Análisis de 800 casos. *Reumatología Clínica*, 2(4), 183-189. [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(06\)73044-3](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73044-3)

- Alvarez-Nemegyei, J., Negreros, A.C., Nuño, G.B., Álvarez, B. J., & Alcocer, M.L. (2007) Eficacia de la Hipnosis ericksoniana en fibromialgia en mujeres. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 45 (4), 395-401. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im0741.pdf>
- APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 2-23. <https://www.div12.org/wp-content/uploads/2017/07/Original-EST-Documents.pdf>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- APA Division 30, Society of Psychological Hypnosis (2014) Definition and Description of Hypnosis.
- Arnold, L. M., Bennett, R. M., Crofford, L. J., Dean, L. E., Clauw, D. J., Goldenberg, D. L., Fitzcharles, M., Paiva, E. S., Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., & Macfarlane, G. J. (2019). AAPT diagnostic criteria for fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 20 (6), 611–628. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.008>.
- Arnold, L.M., Hudson, J.I., Hess, E.V., Ware, A.E., Fritz, D.A., Auchenbach, M.B., Starck, L. O., & Keck Jr., P. E. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 50(3), 944-952. <https://doi.org/10.1002/art.20042>
- Arnold, L.M., Clauw, D.J., Dunegan, L. J., & Turk, D.C. (2012). A framework for fibromyalgia management for primary care providers. *Mayo Clin Proceedings*, 87(5), 488–496. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.02.010>.
- Arnold, L.M., Hudson, J., Keck, P.E., Auchenbach, M., Javaras, K., & Hess, E. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders (2006). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(1), 1219–1225. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0807>.
- Asmundson, G.J., Coons, M.J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 930–937. <https://doi.org/10.1177/070674370204701004>

- Assagioli, R. (1982). *Psicossíntese, as bases da psicologia moderna e transpessoal*. Cultrix. ISBN-13:978-8531612145.
- Aufiero, M., Stankewicz, H., Quazi, S., Jacoby, J., & Stoltzfus, J. (2017). Pain perception in latino vs. caucasian and male vs. female patients: is there really a difference? *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 737–742. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.1.32723>.
- Auquier, L., Bontoux, D., Löö, H., Godeau, P., Menkès, C-J., Paolaggi, J-B., & Perrot, S. (2008). La fibromyalgie. *La Revue de médecine interne*, 29(2), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2007.08.004>.
- Azar B. (2001) A new take on psychoneuroimmunology: Research pointing to a circuit linking the immune system and brain connects illness, stress, mood and thought in a whole new way. In, APA. December 2001, Vol 32, No. 11., Print version: page 34.
- Bäckryd, E., Tanum, L., Lind, A. L., Larsson, A., & Gordh, T. (2017). Evidence of both systemic inflammation and neuroinflammation in fibromyalgia patients, as assessed by a multiplex protein panel applied to the cerebrospinal fluid and to plasma. *Journal of Pain Research*, 10, 515–525. <https://doi.org/10.2147/JPR.S128508>.
- Barabasz, A. F., & Barabasz, M. (2008). *Hypnosis and the brain*. In M. Nash & A. Barnier. *The Oxford Handbook of Hypnosis. Theory, Research and Practice* (pp. 337-361). New York: Oxford University Press. Online Publication Date: Sep 20 <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198570097.013.0013>.
- Barabasz, A., Higley, L., Christensen, C., & Barabasz, M. (2009). Efficacy of Hipnosis in the treatment of Human Papillomavirus (HPV) in Woman: rural and Urban Samples. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), 102-121. <https://doi.org/10.1080/0020714090331089>.
- Barabasz, A., & Watkins, J.G., (2012). *Hypnotherapeutic Techniques* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203952757>.
- Barbeau, E., Wendling, F., Régis, J., Duncan, R., Poncet, M., Chauvel, P., & Bartolomei, F. (2005). Recollection of vivid memories after perirhinal region stimulations: Synchronization in

- the teta range of spatially distributed brain areas. *Neuropsychologia*, 43(9), 1329-1337. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2004.11.025>
- Barber J. (1999). *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión*. Editorial Desclée De Brouwer, S.A. ISBN: 84-330-1478-1
- Barnier, A. J., & McConkey, K. M. (2004). Defining and identifying the highly hypnotisable person. In M. Heap, R. J. Brown, & D. A. Oakley (Eds.), *The highly hypnotizable person: Theoretical, experimental, and clinical issues* (pp. 30–61). Hove, United Kingdom: Brunner-Routledge. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med*. 1999; 130:910–21. [PubMed:10375340]
- Basbaum, A. I., Bautista, D. M., Scherrer, G., & Julius, D. (2009). Cellular and molecular mechanisms of pain. *Cell*, 139, 267–284. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2009.09.028>.
- Bass, E., & Davis, L. (1988/2008). *The courage to Heal: A Guide dor Women Survivors of Child Sexual Abuse*. Collins Living Publis. ISBN:0-16-128433-5.
- Bazzichi, L., Giannaccini, G., Betti, L., Mascia, G., Fabbrini, L., Italiani, P., De Feo, F., Giuliano, T., Giacomelli, C., Rossi, A., Lucacchini, A., & Bombardieri, S. (2006). Alteration of serotonin transporter density and activity in fibromyalgia. *Arthritis Research y Therapy*, 8, 1-6. <https://doi.org/10.1186/ar1982>
- Beauregard, M., Schwartz, G. E., Miller, L., Dossey, L., Moreira-Almeida, A., Schlitz, M., Sheldrake, R., & Tart, C (2014). Manifesto for a post-materialist science. *The Journal of Science and Healing*.10(5), 272-274. [Doi: 10.1016/j.explore.2014.06.008](https://doi.org/10.1016/j.explore.2014.06.008).
- Beeson, P. B. (1994). Age and sex associations of 40 autoimmune diseases. *Am. J. Med.*, 96(5), 457–462. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(94\)90173-2](https://doi.org/10.1016/0002-9343(94)90173-2)
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. (2nd Ed.). Guilford. ISBN 978-1-60918-504-6.
- Bernardy, K., Füber, N., Köllner, V., & Häuser, W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol*, 37(10), 1991–2005. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100104>

- Bernardy, K., Füber, N., Klose, P., & Häuser, W. (2011) Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Musculoskeletal Disorders*, 12, 133. <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/133>
- Boersma, K., & Linton, S. J. (2006). Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: A prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model in disability. *Clinical Journal of Pain*, 22(2), 160-166.
- Boomershine, C.S. (2015). Fibromyalgia: the prototypical central sensitivity Syndrome. *Current rheumatology reviews*, 11(2), 131-145. [PMID: 26088213](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26088213/)
- Borch-Jacobsen, M., & Shamdasani, S. (2011). *The Freud Files*. Cambridge University Press. ASIN: B006W71K86. ISBN 0521729785.
- Bradley, L. A. (2008). Family and Genetic Influences on Fibromyalgia Syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 16(1-2), 49-57. <https://doi.org/10.1080/10582450801960271>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry.*, 162(2), 214-27. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>.
Erratum in: *Am J Psychiatry.* 2005 162(4):832.
Erratum in: *Am J Psychiatry.* 2006 Feb;163(2):330. [PMID: 15677582](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15677582/).
- Branco, J., Atalaia, A., & Paiva, T. (1994). Sleep cycles and alpha-delta sleep in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*, 21(6), 1113-1117. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7932424/>
- Branco, J.C., Bannwarth, B., Failde, I., Carbonell, J. A., Blotman, F., Spaeth, M., Saraiva, F., Nacii, F., Thomas, E., Caubère, J-P., Le Lay, K., Taieb, C., & Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: a survey in Five European Countries. *Semin Arthritis Rheum.*, 39(6), 448-453. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2008.12.003>
- Branco, J. C., Tavares, V., Abreu, I., Correia, M. M., & Macahdoa Cetano, J. A. (1996). HLA studies in fibromyalgia. *J. Musculoskeletal. Pain*, 4, 21-27. https://doi.org/10.1300/J094v04n03_03

- Breslau, N. (2003). Epidemiologic studies of trauma, POSTTRAUMATIC stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian journal of psychiatry/ Revue canadienne de psychiatrie*. Editorial. <https://doi.org/10.1177/07067437020470100>
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (5), 748-766. [HTTPS://DOI.ORG/ 10.1037//0022-006X.68.5.748](https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.5.748)
- Brosschot, J.F., & Aarsse, H.R. (2001). Restricted emotional processing and somatic attribution in fibromyalgia. *International Journal of Psychiatry Medicine, 31*(2), 127-146. [https://doi.org/ 10.2190/K7AU-9UX9-W8BW-TETL](https://doi.org/10.2190/K7AU-9UX9-W8BW-TETL)
- Brown, G. R., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry, 148*, 55-61.
- Brown, J., Berenson, K., & Cohen, P. (2005). Documented and self-reported child abuse and adult pain in a community sample. *The Clinical Journal of Pain, 21*(5), 374–377. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000149797.16370.dc>
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). The impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin, 99*, 66-77.
- Buenaver, L.F., Edwards, R.R., Smith, M.T., Gramling, S.E., & Haythornthwaite, J.A. (2008). Catastrophizing and pain-coping in young adults: Associations with depressive symptoms and headache pain. *The Journal of Pain, 9*(4), 311-319. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.11.005>
- Burton, C. (2003). Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice, 53*(488), 231–239. <https://bjgp.org/content/53/488/231.short> [PubMed: 14694702]
- Butler, E.A., Egloff, B., Wilhelm, F.H., Smith, N.C., Erichseon, E.A., & Gross, J.J. (2003). The Social Consequences of Expressive Suppression. *Emotion, 3*(1), 48. [https://doi.org/ 10.1037/1528-3542.3.1.48](https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48)

- Buskila, D., & Sarzi-Puttini, P. (2008). Fibromyalgia and autoimmune diseases: the pain behind autoimmunity. *Israel Medical Association Journal*, 10(1), 77-78. <https://www.ima.org.il/FilesUploadPublic/IMAJ/0/42/21053.pdf>
- Cannon, W. (1932). *Wisdom of the body*. United States: W.W. Norton & Company. ISBN 0393002055.
- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 15(1), 77-88. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/31121>
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Editorial Síntesis. ISBN 10: 8477388520 ISBN 13: 9788477388524.
- Cardeña, E., Jonsson, P., Terhune, D. B., & Marcusson-Clavertz, D. (2013). The neurophenomenology of neutral hypnosis. *Cortex*, 49, 375–385. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.04.001>
- Cardeña, E. E., Lynn, S. J. E., & Krippner, S. E. (2000). *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence*. American Psychological Association.
- Cardeña, E. Maldonado, J., Jose Galdon, M., & Spiegel, D. (1999). La hipnosis y los trastornos postraumáticos. *Anales de Psicología*, 15 (1), 147-155. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/31261>
- Cardeña, E. (2014). A call for an open, informed study of all aspects of consciousness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 17. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00017>.
- Castel, A., Perez, M., Sala, J., Padrol, A., & Rull, M. (2006). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, 11(4), 463-468. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.06.006>
- Castel, A., R. Cascón, M., Salvat, J., Sala, A., Padrol, M., Pérez, M., & Rull, M. (2008). Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(6), 358-370. <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v15n6/original1.pdf>

- Castel, A., Cascon, R., Padrol, A., Sala, J., & Rull, M. (2016). Multicomponent Cognitive-Behavioral Group Therapy with Hypnosis for the Treatment of Fibromyalgia: Long-Term Outcome. *The Journal of Pain*, 13(3), 255-265. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.11.005>
- Castel, A., Salvat, M., Sala, J., & Rull, M. (2009). Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trial in fibromyalgia. *Contemporary Hypnosis* 26(1), 48–59. <https://doi.org/10.1002/ch.372>
- Castel, A., Cascón, R., Padrol, A., Sala, J. & Rull, M., (2012). Multicomponent Cognitive-Behavioral Group Therapy with Hypnosis for the treatment of Fibromyalgia Long-term outcome. *The Journal of Pain*, 13(3), 255-265. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.11.005>
- Choy, E. H. (2015). The role of sleep in pain and fibromyalgia. *Nature Reviews Rheumatology*, 11(9), 513-520. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2015.56>
- 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. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000149796.08746.ea>
- Ciregia, F., Giacomelli, C., Giusti, L., Boldrini, C., Piga, I., Pepe, P., ... & Bazzichi, L. (2019). Putative salivary biomarkers useful to differentiate patients with fibromyalgia. *Journal of proteomics*, 190, 44-54. PMID: 29654921 <https://doi.org/10.1016/j.jprot.2018.04.012>
- Clark, R.L. (1995). *Past-life therapy, The state of the art*. Rising Star.
- Clark, R.L. (1997). A New understanding of reincarnation through past-life recall. *The journal of regression Therapy*, 11(1), 55-62.
- Clauw, D.J. (2014). Fibromyalgia. *JAMA*, 311(15), 1547. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266>
- Clauw, D. J., & Crofford L. J. (2003). Chronic widespread pain and fibromyalgia: What we know, and what we need to know. September. *Best Practice and Research in Clinical Rheumatology*, 17(4), 685-701. [https://doi.org/10.1016/S1521-6942\(03\)00035-4](https://doi.org/10.1016/S1521-6942(03)00035-4)

- Cohen, S., Doyle, W.J., Turner, R.B., Alper, C.M., & Skoner, D.P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 652-657. [Doi:10.1097/01.Psy.0000077508.57784.da](https://doi.org/10.1097/01.Psy.0000077508.57784.da)
- Cohen, S., Alper, C.M., Doyle, W.J., Treanor, J.J., & Turner, R.B. (2006). Positive Emotion style Predicts Resistance to Illness after Experimental exposure to Rhinovirus or Influenza A Virus. *Psychosomatic medicine*, 68(6), 809-15. [Doi. 10.1097/01.Psy.0000245867.92364.3c](https://doi.org/10.1097/01.Psy.0000245867.92364.3c)
- Cohen, S., Deverts, D.J., & Doyle, J.D. (2015). Self-rated Health in Healthy Adults and Susceptibility to the Common Cold. *Psychosomatic Medicine*, 77(9):959-968. [Doi:10.1097/PSY.0000000000000232](https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000232)
- Comeche, M.I., Martín, A., Rodríguez, M., Ortega, J., Díaz, M., & Vallejo, M.A. (2010). Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia [Group Cognitive-Behavioral Therapy protocol for fibromyalgia patients]. *Clínica y Salud*, 21(2), 107–121. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n2a1>
- Cox, R. E., & Barnier, A. J. (2015). A hypnotic analogue of clinical confabulation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63, 249–273. <https://doi.org/10.1080/00207144.2015.1031037>
- Crofford, L.J. (2005). The relationship of fibromyalgia to neuropathic pain syndromes. *The Journal of Rheumatology Supplement*, 75, 41-45.
- Crofford, L. J., & Clauw, D.J. (2002). Fibromyalgia: where are we a decade after the American College of Rheumatology classification criteria were developed? *Arthritis & Rheumatism*, 46(5), 1136-1138. <https://doi.org/10.1002/art.10217> PMID: 12115214.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Loewenstein, R. J., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2014). Reality versus fantasy: Reply to Lynn et al. (2014). *Psychological Bulletin*, 140(3), 911–920. doi.org/10.1037/a0036685
- Danese, A., & Lewis, S. (2017). Psychoneuroimmunology of Early-Life Stress: The Hidden Wounds of Childhood Trauma? *Neuropsychopharmacol*, 42, 99–114. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.198>

- Davis, D. A., Luecken, L. J., & Zautra, A. J. (2005). Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clinical Journal of Pain, 21*(5), 398-405.
- Dell'Osso, L. Carmassi, C., Consoli, G., Conversano, C., Ramacciotti, C.E., Musetti, L., ...& Bazzichi, L. (2011). Lifetime post-traumatic stress Symptoms are related to the health-related quality of life and severity of pain/fatigue in patients with fibromyalgia. *Clinical and experimental Rheumatology-Incl Supplements, 29*(6), S73. <https://www.clinexprheumatol.org/article.asp?a=4749>
- Derbyshire, S. W., Whalley, M. G., & Oakley, D. A. (2009). Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: An fMRI analysis. *European Journal of Pain, 13*, 542–550. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.06.010>
- Derbyshire, S. W., Whalley, M. G., & Oakley, D. A. (2004). Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage, 23*(1), 392-401. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.04.033> PMID: 15325387.
- Dersh, J., Polatin, P.B., & Gatchel, R.J. (2002). Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med., 64*(5), 773-86.
- Almeida-Marques, F. X. D., Sánchez-Blanco, J., & Cano-García, F. J. (2018). Hypnosis is more effective than clinical interviews: Occurrence of trauma in fibromyalgia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 66*(1), 3-18. <https://doi.org/10.1080/00207144.2018.1396104>
- De Almeida-Marques F.X., Sánchez-Blanco, J., Sanduvete-Chaves, S., & Cano-García, F. J. (2019). Causal attributions of potentially traumatic life events in fibromyalgia patients. *International journal of rheumatic diseases, 22*(12), 2170–2177. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13739>
- De Lange, F. P., Koers, A., Kalkman, J. S., Bleijenberg, G., Hagoort, P., Van der Meer, J. W., & Toni, I. (2008). Increase in prefrontal cortical volume following cognitive behavioural therapy in patients with chronic fatigue syndrome. *Brain, 131*(8), 2172-2180. <https://doi.org/10.1093/brain/awn140> PMID: 18587150.

- Denison, E., Åsenlöf, P., Sandborgh, M., & Lindberg, P. (2007). Musculoskeletal pain in primary health care: subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. *The Journal of Pain*, 8(1), 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.06.007>
- DeSouza, D. D., Stimpson, K. H., Baltusis, L., Sacchet, M. D., Gu, M., Hurd, R., ... & Spiegel, D. (2020). Association between Anterior Cingulate Neurochemical Concentration and Individual Differences in Hypnotizability. *Cerebral Cortex*, 30(6), 3644-3654.. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhz332>. PMID: 32108220; PMCID: PMC7232991.
- Dhabhar, F. S. (2008). Enhancing versus suppressive effects of stress on immune function: implications for immunoprotection versus immunopathology. *Allergy Asthma Clin. Immunol.*, 4, 2–11. <https://doi.org/10.1186/1710-1492-4-1-2>
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Herman-Dunn, R., & Hubble, S. (2014). Behavioral activation for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (p. 353–393). The Guilford Press.
- Dobkin, P. L., Liu, A., Abrahamowicz, M., Ionescu-Iltu, R., Bernatsky, S., Goldberger, A., & Baron, M. (2010). Predictors of disability and pain six months after the end of treatment for fibromyalgia. *The Clinical journal of pain*, 26(1), 23-29.
- Doleys, D. M. (2017). Chronic pain as a hypothetical construct: a practical and philosophical consideration. *Frontiers in psychology*, 8, 664. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00664>
- Domingues, M. E., & Branco, C. J. (2008). *Viver com fibromialgia, a visão da doente e do médico*. Gradiva Publicações.
- American Psychiatric Association (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5.). American Psychiatric Pub. ISBN: 9788491103721.
- Edmonston Jr., W. E., & Moscovitz, H. C. (1990). Hypnosis and lateralized brain functions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(1), 70–84. <https://doi.org/10.1080/00207149008414499>.

- Edwards, R. R., Haythornthwaite, J. A., Sullivan, M. J., & Fillingim, R. B. (2004). Catastrophizing as a mediator of sex differences in pain: differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain. *Pain, 111*(3), 335-341. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.07.012>. PMID: 15363877.
- Egle, U. T., Ecker-Egle, M. L., Nickel, R., & Van Houdenhove, B. (2004). Fibromyalgia as a dysfunction of the central pain and stress response. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 54*(3-4), 137-147.
- Elisia, I., Lam, V., Hofs, E., Li, M. Y., Hay, M., Cho, B., ... & Krystal, G. (2017). Effect of age on chronic inflammation and responsiveness to bacterial and viral challenges. *PLoS one, 12*(11), e0188881. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188881>
- Loftus, E.F., & Ketcham K. (1994). *The myth of Repressed Memory*. St. Martin's Press.
- Loftus, E. F. (1997). Creating false memories. *Scientific American, 277*(3), 70-75.
- Epstein, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., ... & Waid, R. (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: a multicenter investigation. *Psychosomatics, 40*(1), 57-63. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71272-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71272-7).
- Erickson, M. H. (1977). Hypnotic approaches to therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis, 20*(1), 20-35. <https://doi.org/10.1080/00029157.1977.10403899>
- Erikson, M. H., & Rossi, E. L. (1992). *Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States*. Reprint Edition: Irvington Publishers, Inc. ISBN: 0-8290-0246-4.
- Ernberg, M., Christidis, N., Ghafouri, B., Bileviciute-Ljungar, I., Löfgren, M., Bjersing, J., ... & Kosek, E. (2018). Plasma cytokine levels in fibromyalgia and their response to 15 weeks of progressive resistance exercise or relaxation therapy. *Mediators of Inflammation, 2018*, 3985154. <https://doi.org/10.1155/2018/3985154>.
- Escobar, J. I., Hoyos-Nervi, C., & Gara, M. (2002). Medically unexplained physical symptoms in medical practice: a psychiatric perspective. *Environmental Health Perspectives, 110*(suppl 4), 631-636. [PubMed:12194898]

- España, R. A., & Scammell, T. E. (2011). Sleep neurobiology from a clinical perspective. *Sleep*, 34(7), 845-858. <https://doi.org/10.5665/SLEEP.1112>
- Esteve Zarazaga, R., & Ramirez Maestre, C. (2003). *El desafío del dolor crónico*. Ediciones Algibe.
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 179-188. <https://doi.org/10.1007/BF02879899>
- Euesden, J., Danese, A., Lewis, C. M., & Maughan, B. (2017). A bidirectional relationship between depression and the autoimmune disorders—New perspectives from the National Child Development Study. *PloS one*, 12(3), e0173015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173015>
- Fernandes, J. M. C., Mochel, E. G., Júnior, J. A. C. L., Silva, G. F., Silva, N. F., & Ramos, J. M. C. R. (2011). Traumatic and non-traumatic fibromyalgia syndrome: Impact assessment on the life quality of women. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 19(3), 128-133. <https://doi.org/10.3109/10582452.2011.582986>
- Feyerhabend, P.K., (1975). *Against Method: Outline of an Anarchistic Theory of Knowledge*, NBL Humanities Press, in London Atlantic Highlands, ISBN 10 0902308912.
- Filippon, A. P. M., Bassani, D. G., Aguiar, R. W. D., & Ceitlin, L. H. F. (2013). Association between childhood trauma and loss of functionality in adult women with fibromyalgia. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(1), 46–54. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000100006>
- Finan, P. H., Goodin, B. R., & Smith, M. T. (2013). The association of sleep and pain: an update and a path forward. *J. Pain* 14, 1539–1552. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.08.007>
- Fingelkurts, A. A., Fingelkurts, A. A., Kallio, S., & Revonsuo, A. (2007). Cortex functional connectivity as a neurophysiological correlate of hypnosis: an EEG case study. *Neuropsychologia*, 45(7), 1452-1462. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2006.11.018>

- Finnern, M. M., Kleinböhl, D., Flor, H., Benrath, J., & Hölzl, R. (2018). Deconstructing chronicity of musculoskeletal pain: intensity-duration relations, minimal dimensions and clusters of chronicity. *Scandinavian Journal of Pain*, 18(3), 363-377. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-002104.00>
- Foo, Y. Z., Nakagawa, S., Rhodes, G., & Simmons, L. W. (2017). The effects of sex hormones on immune function: a meta-analysis. *Biological Reviews*, 92(1), 551-571. <https://doi.org/10.1111/brv.12243>
- Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. Mosby.
- Frankl, V. E. (1991). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Editora Vozes. ISBN 8523302743.
- Freedman, T.B. (2002). *Soul Echoes: the healing power of past-life therapy*. Citadel Press.
- Freud, S. (1997). *Fragmentos da análise de um caso de histeria (O caso Dora)*. Imago.
- Friedman, H.L., & Hartelius, G., (2015). *The Wiley Blackwell Handbook of Transpersonal Psychology*. John Wiley & Sons. ISBN: 1119050294, 9781119050292.
- Fuller-Thomson, E., Sulman, J., Brennenstuhl, S., & Merchant, M. (2011). Functional somatic syndromes and childhood physical abuse in women: Data from a representative community-based sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20, 445–469. doi.org/10.1080/10926771.2011.566035
- Furlong, L., Zautra, A., Puente, C., López-López, A., & Valero, P. (2010). Cognitive-affective assets and vulnerabilities: Two factors influencing adaptation to fibromyalgia. *Psychology and Health*, 25(2), 197-212. <https://doi.org/10.1080/08870440802074656>
- Gandhi, B., & Oakley, D. A. (2005). Does 'hypnosis' by any other name smell as sweet? The efficacy of 'hypnotic' inductions depends on the label 'hypnosis'. *Consciousness and Cognition*, 14(2), 304-315. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2004.12.004>. PMID: 15950884.
- García-Campayo, J., Serrano-Blanco, A., Rodero, B., Magallón, R., Alda, M., Andrés, E., ... & del Hoyo, Y. L. (2009). Effectiveness of the psychological and pharmacological treatment of

catastrophization in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Trials*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-10-24>.

García, F. J., Cusco Segarra, A. M., & Poca Días, V. (2006). *Abriendo camino: principios básicos de fibromialgia, fatiga crónica e intolerancia química múltiple*. Lulu.com. ISBN: 978-84-96516-11-3; EAN: 9788496516113.

Gardner, G. C. (2000). Fibromyalgia following trauma: psychology or biology? *Current review of pain*, 4(4), 295-300. <https://doi.org/10.1007/s11916-000-0106-3>

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>

Gedalia, A., Garcia, C. O., Molina, J. F., Bradford, N. J., & Espinoza, L. R. (2000). Fibromyalgia syndrome: experience in a pediatric rheumatology clinic. *Clinical and experimental rheumatology*, 18(3), 415-419.

George, S. Z., Wallace, M. R., Wright, T. W., Moser, M. W., Greenfield III, W. H., Sack, B. K., ... & Fillingim, R. B. (2008). Evidence for a biopsychosocial influence on shoulder pain: pain catastrophizing and Catechol-O-methyltransferase (COMT) diplotype predict clinical pain ratings. *Pain*, 136(1-2), 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.019>

Giacomelli, C., Talarico, R., Bombardieri, S., & Bazzichi, L. (2013). The interaction between autoimmune diseases and fibromyalgia: risk, disease course and management. *Expert review of clinical immunology*, 9(11), 1069-1076. <https://doi.org/10.1586/1744666X.2013.849440>.

Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K., & Austin, M. P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1417-1425. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1417>

Goldberg R T, Goldstein R (2000). A comparison of chronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. *Disability and rehabilitation* 22 (17), 756-763. <https://doi.org/10.1080/09638280050200250>

- Goldberg, R. T., & Goldstein, R. (2000). A comparison of chronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. *Disability and rehabilitation*, 22(17), 756-763. <https://doi.org/10.1001/jama.292.19.2388>
- Gonzalez, B., Baptista, T. M., Branco, J. C., & Novo, R. F. (2015). Fibromyalgia characterization in a psychosocial approach. *Psychology, health & medicine*, 20(3), 363-368. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.931590>
- Gracely, R. H., Petzke, F., Wolf, J. M., & Clauw, D. J. (2002). Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 46(5), 1333-1343. <https://doi.org/10.1002/art.10225>
- Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A. B., Petzke, F., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127(4), 835-843. Doi: [10.1093/brain/awh098](https://doi.org/10.1093/brain/awh098)
- Greenfield, S., Fitzcharles, M. A., & Esdaile, J. M. (1992). Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 35(6), 678-681. <https://doi.org/10.1002/art.1780350612>
- Grof, S. J. (2000). *Psychology of the future, lessons from Modern Consciousness Research*. State University of New York Press. ISBN-13: 978-0791446218.
- Grof, S. (2008). Brief history of transpersonal psychology. *International Journal of Transpersonal Studies*, 27(1), 46-54.
- Gruzelier, J., (1999). In Tortosa, F., Ordi, H. G., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). La hipnosis. Una controversia interminable. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 15(1), 3-25.
- Gupta, A., & Silman, A. J. (2004). Psychological stress and fibromyalgia: a review of the evidence suggesting a neuroendocrine link. *Arthritis Res Ther*, 6(3), 1-9. <https://doi.org/10.1186/ar1176>
- Habermas J. (2007). *Técnica e ciência como ideologia*. Edições 70. ISBN: 9789724413358.

- Hammond, D. C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 207-219. PMID: 17365074. <https://doi.org/10.1080/00207140601177921>.
- Hanson, M., (2004). «Over and Out». *The Guardian*. 7 de Agosto, pp. 8-9.
- Haraldson, E. (2003). Children who speak of past-life experience: is there a psychological explanation? *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 76(1), 55-67. <https://doi.org/10.1348/14760830260569256>
- Harris, R., (2013), *The Happiness Trap – Stop Struggling, start living*. Exisle Publishing Kindle Edition, published 2nd 2013, by Exisle Publishing (first published January 1st, 2007), ISBN 1397817755590804.
- Häuser, W., Ablin, J., Fitzcharles, M. A., Littlejohn, G., Luciano, J. V., Usui, C., & Walitt, B. (2015). Fibromyalgia. *Nature reviews Disease primers*, 1(1), 1-16. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>.
- Häuser, W., Bernardy, K., Arnold, B., Offenbächer, M., & Schiltenswolf, M. (2009). Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Care & Research*, 61(2), 216-224. <https://doi.org/10.1002/art.24276>
- Häuser, W., & Henningsen, P. (2014). Fibromyalgia syndrome: a somatoform disorder? *European Journal of Pain*, 18(8), 1052-1059. <https://doi.org/10.1102/j.1532-2149.2014.00453.x>
- Häuser, W., Kosseva, M., Üceyler, N., Klose, 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. [PubMed: 20722042]
- Häuser, W., Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst, J., ... & Brähler, E. (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. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.03.034>

- Hawkins, P. J. (1994). Is this the renaissance of clinical hypnosis? *European Journal of Clinical Hypnosis*, 1(2), 4-6. Retrieved from <https://www.jamesbraidsociety.com/ejch/jan94/Hawkins%20Article.pdf>
- Hawkins, P.J. (2007). *Hipnosis & Estrés: Guía para profesionales*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. ISBN 978-84-330-2175-5.
- Haviland, M. G., Morton, K. R., Oda, K., & Fraser, G. E. (2010). Traumatic experiences, major life stressors, and self-reporting a physician-given fibromyalgia diagnosis. *Psychiatry research*, 177(3), 335-341. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.08.017>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hellström, O., Bullington, J., Karlsson, G., Lindqvist, P., & Mattsson, B. (1999). A phenomenological study of fibromyalgia. Patient perspectives. *Scandinavian journal of primary health care*, 17(1), 11-16. <https://doi.org/10.1080/028134399750002827>
- Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 528-533.
- Hernandez, J. T. (2010). Integrative clinical hypnosis. In R. A. Carlstedt (Ed.), *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry, and behavioral medicine: Perspectives, practices, and research* (p. 679–699). Springer Publishing Company.

- Hervier, B., Rimbert, M., Colonna, F., Hamidou, M. A., & Audrain, M. (2009). Clinical significance of anti-Ro/SSA-52 kDa antibodies: a retrospective monocentric study. *Rheumatology*, *48*, 964–967. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kep145>
- Hilgard, E.R. (1973). A neodissociation interpretation of pain reduction in Hypnosis. *Psychological Revue*. *80*, 396-411.
- Hilgard, E. R. (1992). Dissociation and theories of hypnosis. In E. Fromm & M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (p. 69–101). Guilford Press
- Hilgard, E.R., & Hilgard, J.R. (2013). *Hypnosis in the relief of pain* (revised edition). Routledge. ISBN: 9780203765647.
- Holroyd, J. (1996). Hypnosis treatment of clinical pain: Understanding why hypnosis is useful. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *44*(1), 33–51. <https://doi.org/10.1080/00207149608416066>
- Inanici, F. F., & Yunus, M. B. (2004). History of fibromyalgia: past to present. *Current pain and headache reports*, *8*(5), 369-378. <https://doi.org/10.1007/s11916-996-0010-6>.
- Jackson, T., Thomas, S., Stabile, V., Han, X., Shotwell, M., & McQueen, K. (2015). Prevalence of chronic pain in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, *385*, S10. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)6080](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)6080).
- Jensen, K. B., Kosek, E., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., Marcus, H., ... & Gracely, R. (2009). Evidence of dysfunctional pain inhibition in Fibromyalgia reflected in rACC during provoked pain. *PAIN*®, *144*(1-2), 95-100. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.03.018>.
- Jensen, K. B., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., Marcus, H., Williams, S. C., ... & Kosek, E. (2010). Anxiety and depressive symptoms in fibromyalgia are related to poor perception of health but not to pain sensitivity or cerebral processing of pain. *Arthritis & Rheumatism*, *62*(11), 3488-3495. <https://doi.org/10.1002/art.27649>
- Jensen, M. P., Adachi, T., Tomé-Pires, C., Lee, J., Osman, Z. J., & Miró, J. (2015). Mechanisms of hypnosis: toward the development of a biopsychosocial model. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *63*(1), 34-75. <https://doi.org/10.1080/00207144.2014.961875>

- Jensen, M., & Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of behavioral medicine, 29*(1), 95-124. [https://doi.org/ 10.1007/s10865-005-9031-6](https://doi.org/10.1007/s10865-005-9031-6)
- Jensen, M. P. (2011). *Hypnosis for Chronic Pain Management: Therapist Guide. Treatments that work*. Oxford University Press.
- Jensen, M. P., Ehde, D. M., Gertz, K. J., Stoelb, B. L., Dillworth, T. M., Hirsh, A. T., . . . & Kraft, G. H. (2011). Effects of self-hypnosis training and cognitive restructuring on daily pain intensity and catastrophizing in individuals with multiple sclerosis and chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 59*(1), 45–63. <https://doi.org/10.1080/00207144.2011.522892>
- Jiao, J., Vincent, A., Cha, S. S., Luedtke, C. A., Kim, C. H., & Oh, T. H. (2015). Physical trauma and infection as precipitating factors in patients with fibromyalgia. *American journal of physical medicine & rehabilitation, 94*(12), 1075-1082. [https://doi.org/ 10.1097/PHM.0000000000000300](https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000300)
- Johnson S.K., (2008). *Medically Unexplained Illness: gender and Biopsychosocial Implications*. American Psychological Association. ISBN: taka978-0-9792125-8-1. Chapter 6. pp. 89-113.
- Johnston, S., Brenu, E. W., Staines, D., & Marshall-Gradisnik, S. (2013). The prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a meta-analysis. *Clinical epidemiology, 5*, 105. [https://doi.org/ 10.2147/CLEP.S39876](https://doi.org/10.2147/CLEP.S39876)
- Jones, K. D., Gelbart, T., Whisenant, T. C., Waalen, J., Mondala, T. S., Iklé, D. N., ... & Kurian, S. M. (2016). Genome-wide expression profiling in the peripheral blood of patients with fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology, 34*(2 Suppl 96), 89. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4888802/pdf/nihms789504.pdf>
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of behavioral medicine, 4*(1), 1-39. doi.org/10.1007/BF00844845

- Kato, K., Sullivan, P. F., Evengård, B., & Pedersen, N. L. (2006). Chronic widespread pain and its comorbidities: a population-based study. *Archives of Internal Medicine*, 166(15), 1649-1654. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.15.1649>
- Katon, W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of internal medicine*, 134(9_Part_2), 917-925. [PubMed: 11346329]
- Kearney-Cooke, A., & Ackard, D. M. (2000). The effects of sexual abuse on body image, self-image, and sexual activity of women. *The journal of gender-specific medicine: JGSM: the official journal of the Partnership for Women's Health at Columbia*, 3(6), 54-60. Retrieved from <https://europepmc.org/article/med/11253384>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Khoonsari, P. E., Musunri, S., Herman, S., Svensson, C. I., Tanum, L., Gordh, T., & Kultima, K. (2019). Systematic analysis of the cerebrospinal fluid proteome of fibromyalgia patients. *Journal of Proteomics*, 190, 35-43. Doi: [10.1016/j.jprot.2018.04.014](https://doi.org/10.1016/j.jprot.2018.04.014)
- Kihlstrom, J.F., (2003). Expecting that a treatment will be given, when it won't, and knowing that a treatment is given when it is, commentary on "Open versus hidden medical treatment: the patient knowledge about how a therapy affects therapy outcome" by Benedetti, F. et al. (2003). *Prevention and treatment*, 6, 4.
- Kihlstrom, J.F. (2008). The domain of hypnosis, revisited. In M. R. Nash, & A. J. Barnier (Eds.), *The Oxford Handbook of Hypnosis, Theory, Research and Practice* (pp. 21-52). The Oxford University Press, Oxford. ISBN: 978-0-19-857009-7.
- Kirsch, I., Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (1993). Introduction to clinical hypnosis. In J. W. Ruhe, S. J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 3-22). APA.
- Kirsch, I. (1999). Clinical Hypnosis as a nondeceptive placebo: empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(2), 95-106. <https://doi.org/10.1080/00029157.1994.10403122>

- Kisler, L. B., Granovsky, Y., Sinai, A., Sprecher, E., Shamay-Tsoory, S., & Weissman-Fogel, I. (2016). Sex dimorphism in a mediatory role of the posterior midcingulate cortex in the association between anxiety and pain sensitivity. *Experimental brain research*, 234(11), 3119-3131. <https://doi.org/10.1007/s00221-016-4710-9>
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Virtanen, M., Elovainio, M., Keltikangas-Jarvinen, L., Puttonen, S., ... & Vahtera, J. (2004). Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia: prospective cohort study. *Journal of psychosomatic research*, 57(5), 417-422. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2003.10.013> PMID: 15581643.
- Kivimäki, M., & Kawachi, I. (2015). Work stress as a risk factor for cardiovascular disease. *Current cardiology reports*, 17(9), 74. <https://doi.org/10.1007/s11886-015-0630-8>
- Klein, R., Bänisch, M., & Berg, P. A. (1992). Clinical relevance of antibodies against serotonin and gangliosides in patients with primary fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 17, 593–598. [https://doi.org/10.1016/0306-4530\(92\)90017-2](https://doi.org/10.1016/0306-4530(92)90017-2)
- Kosek, E., Altawil, R., Kadetoff, D., Finn, A., Westman, M., Le Maître, E., ... & Lampa, J. (2015). Evidence of different mediators of central inflammation in dysfunctional and inflammatory pain—interleukin-8 in fibromyalgia and interleukin-1 β in rheumatoid arthritis. *Journal of neuroimmunology*, 280, 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2015.02.002>
- Kratz, A. L., Davis, M. C., & Zautra, A. J. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), 291-301. [Doi. 10.1007/BF02879911](https://doi.org/10.1007/BF02879911)
- Kravitz, H. M., & Katz, R. S. (2015). Fibrofog and fibromyalgia: a narrative review and implications for clinical practice. *Rheumatology international*, 35(7), 1115-1125. <https://doi.org/10.1007/s00296-014-3208-7> Epub 2015 Jan 13. PMID: 25583051.
- Krumina, A., Chapenko, S., Kenina, V., Mihailova, M., Logina, I., Rasa, S., ... & Murovska, M. (2019). The role of HHV-6 and HHV-7 infections in the development of fibromyalgia. *Journal of neurovirology*, 25(2), 194-207. <https://doi.org/10.1007/s13365-018-0703-8>

- Kuhn T. (1962). *The structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press. ISBN: 780226458113.
- Landry, M., Lifshitz, M., & Raz, A. (2017). Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 81, 75-98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.020>
- Landry, M., & Raz, A. (2015). Hypnosis and imaging of the living human brain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(3), 285–313. <https://doi.org/10.1080/00029157.2014.978496>
- Landry, M., & Raz, A. (2016). Neurophysiology of hypnosis. In G. Elkins (Ed.), *The Clinician's Guide to Medical and Psychological Hypnosis: Foundations, Systems, Applications and Professional Issues*. Springer-Verlag New York. pp. 19-29. ISBN: 9780826124869
- Lamas, J. R. (1999). La hipnosis: Ese desconocido tan familiar. *Anales de Psicología*, 15 (1), 1-2. Retrieved from <https://search.proquest.com/scholarly-journals/la-hipnosis-ese-desconocido-tan-familiar/docview/1288772439/se-2?accountid=26224>
- Lambert, M. J. (1979). Psychotherapy outcome research. January. *American Psychologist* 34(1), 91-91. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.34.1.91.a>.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (p. 94–129). Basic Books.
- Lami, M. J., Martínez, M. P., Miró, E., Sánchez, A. I., & Guzmán, M. A. (2018). Catastrophizing, acceptance, and coping as mediators between pain and emotional distress and disability in fibromyalgia. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 25(1), 80-92. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9543-1>
- Lami, M. J., Martínez, M. P., & Sánchez, A. I. (2013). Systematic review of psychological treatment in fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(7), 345. <https://doi.org/10.1007/s11916-013-0345-8>
- Landis, C. A., Lentz, M. J., Tsuji, J., Buchwald, D., & Shaver, J. L. (2004). Pain, psychological variables, sleep quality, and natural killer cell activity in midlife women with and without

- fibromyalgia. *Brain, Behavior, and Immunity*, 18(4), 304-313. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2003.11.001>
- Lange, M., Krohn-Grimberghe, B., & Petermann, F. (2011). Medium-term effects of a multimodal therapy on patients with fibromyalgia. Results of a controlled efficacy study. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 25(1), 55-61. <https://doi.org/10.1007/s00482-010-1003-2>
- Latremoliere, A., & Woolf, C. J. (2009). Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *The Journal of Pain*, 10(9), 895-926. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.06.01>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1980/1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer. ISBN 0-8261-4191-9.
- Lehrer, P.M., Woolfolk, R.L., Sime, W.E. (2008). *Principles and Practice of Stress Management* 3th edition; Foreword by David H. Barlow. The Guilford Press, New York, NY 10012. ISBN 9781606230008.
- Lera, S., Gelman, S. M., López, M. J., Abenoza, M., Zorrilla, J. G., Castro-Fornieles, J., & Salamero, M. (2009). Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 433-441. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.01.012>
- Lesmana, C. B. J., Suryani, L. K., Jensen, G. D., & Tiliopoulos, N. (2009). A spiritualhypnosis assisted treatment of children with PTSD after the 2002 Bali terrorist attack. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52(1), 23–34. <https://doi.org/10.1080/00029157.2009.10401689>
- Litt, M. D., Shafer, D. M., Ibanez, C. R., Kreutzer, D. L., & Tawfik-Yonkers, Z. (2009). Momentary pain and coping in temporomandibular disorder pain: Exploring mechanisms of cognitive behavioral treatment for chronic pain. *PAIN®*, 145(1-2), 160-168. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.06.003>. E pub 2009 Jun 23.
- Littlejohn, G., & Guymer, E. (2018). Central Processes Underlying Fibromyalgia. *EMJ*, 3(4), 79-86. Retrieved from <https://emj.emg-health.com/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Central-Processes-Underlying-Fibromyalgia.pdf>

- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M. A., Pons-Calatayud, N., Lopez-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., & Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 459-476. Retrived from <https://www.redalyc.org/pdf/337/33714079005.pdf>
- Lledó-Boyer, A., Fernández-Díez, E., Pastor, M., López-Roig, S., Ibáñez Ballesteros, J., & Sorinas Nerín, J. (2016). Funcionamiento del sistema nervioso autónomo y estado de salud en la fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 119-128. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.15499>
- Lukkahatai, N., Walitt, B., Espina, A., Wang, D., & Saligan, L. N. (2015). Comparing genomic profiles of women with and without fibromyalgia. *Biological research for nursing*, 17(4), 373-383. <https://doi.org/10.1177/1099800415589785>.
- Lynn, S. J., Lock, T. G., Myers, B., & Payne, D. G. (1997). Recalling the unrecallable: Should hypnosis be used to recover memories in psychotherapy? *Current directions in psychological Science*, 6(3), 79-83. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11512662>
- Lynn, S. J. (2001). Informed consent and uninformed clinical practice: Dissociation, hypnosis and false memories. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 311-321. <https://doi.org/10.1080/00029157.2001.10404288>
- Lynn, S.J., Kirsh, I., & Hallquist, M. (2008). Social Cognitive theories of Hypnosis. In M. Nash & A. Barnier, *The Oxford Handbook of Hypnosis, Theory, Research and practice* (pp. 110 – 139). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198570097.013.0005>
- Lynn, S. J., & Kirsch, I. (2006). *Dissociation, trauma, memory, and hypnosis book series. Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11365-000>
- Lynn, S., Laurence, J.-R., & Kirsch, I. (2015). Hypnosis, suggestion, and suggestibility: An integrative model. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(3), 314–329. <https://doi.org/10.1080/00029157.2014.976783>

- Lloyd, A. R., Hickie, I. B., & Loblay, R. H. (2000). Illness or disease? The case of chronic fatigue syndrome. *Medical Journal of Australia*, 172(10), 471-472. PMID: 10901768
- Lukoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and psychospiritual problems. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(11), 673–682. <https://doi.org/10.1097/00005053-199211000-00001>
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., ... & Dincer, F. İ. T. N. A. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(2), 318-328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Maestu, C., Cortes, A., Vazquez, J. M., del Rio, D., Gomez-Arguelles, J. M., del Pozo, F., & Nevado, A. (2013). Increased brain responses during subjectively-matched mechanical pain stimulation in fibromyalgia patients as evidenced by MEG. *Clinical Neurophysiology*, 124(4), 752-760. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2012.09.015>
- Main, C.J., Keef, F.J., Jensen, M.P., Vlaeyen, J.W., & Vowles, K.E. (2013). *Fordyce's Behavioral Methods for Chronic Pain and illness*. [Republished with invited commentaries]. Wolters Kluwer Health. IASP. ISBN: 9781496306173.
- Malin, K., & Littlejohn, G. O. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Open Rheumatology Journal*, 6, 273. <https://doi.org/10.2174/1874312901206010273>
- Mallampalli, M. P., & Carter, C. L. (2014). Exploring sex and gender differences in sleep health: a Society for Women's Health Research Report. *Journal of women's health*, 23(7), 553-562. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.48165>
- Margarit, C. (2019). La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Rev. Soc. Esp. Dolor* vol.26 no.4 Madrid jul./ago. 2019; Epub 23-Mar-2020. <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2019.3752/2019>
- Marks, I.M. (1991). Self-administered behavioural treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 42-46. [Doi: 10.1017/S0141347300011496](https://doi.org/10.1017/S0141347300011496).
- Mas, A. J., Carmona, L., Valverde, M., & Ribas, B. (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a

nationwide study in Spain. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 26(4), 519. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18799079/>

Mayou, R., & Sharpe, M., (1995). Diagnosis, disease and illness. *QJM: An International Journal of Medicine*, 88(11), 827–831, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.qjmed.a069011>

McBeth, J., Macfarlane, G. J., Benjamin, S., & Silman, A. J. (2001). Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain: results of a large population-based study. *Arthritis & Rheumatism*, 44(4), 940-946. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200104\)44:4<940::AID-ANR151>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200104)44:4<940::AID-ANR151>3.0.CO;2-S)

McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain?. *Pain*, 105(1-2), 197-204. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00202-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00202-1)

McGeown, W. J., Mazzoni, G., Venneri, A., & Kirsch, I. (2009). Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. *Consciousness and Cognition*, 18(4), 848-855. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2009.09.001>

McNally, R. J., Perlman, C. A., Ristuccia, C. S., & Clancy, S. A. (2006). Clinical characteristics of adults reporting repressed, recovered, or continuous memories of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 237–242. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.237>

McNally, R. J. (2007, September). Dispelling confusion about traumatic dissociative amnesia. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 82, No. 9, pp. 1083-1087). Elsevier. • www.mayoclinicproceedings.com, © 2007 Mayo Foundation for Medical Education and Research.

Maslow, A. H. (1964). The Superior Person. *Trans-Action*, 1(4), 10-13. <https://doi.org/10.1007/BF03182272>. (1976).

Mazzoni, G., Loftus, E. F., & Kirsch, I. (2001). Changing beliefs about implausible autobiographical events: A little plausibility goes a longway. *Journal of Experimental Psychology Applied*, 7(1), 51-59. <https://doi.org/10.1037/1076-898X.7.1.51>

Mazzoni, G., & Lynn, S.J. (2007). Using hypnosis in eyewitness memory: Past and current issues. In M. P. Toglia, J. D. Read, D. F. Ross, & R. C. L. Lindsay (Eds.), *The handbook of*

eyewitness psychology. Vol. I: Memory for events (pp. 321-338). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Mazzoni, G., Venneri, A., McGeown, W. J., & Kirsch, I. (2013). Neuroimaging resolution of the altered state hypothesis. *Cortex*, 49(2), 400-410. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.08.005> Epub 2012 Sep 6. PMID: 23026758.

Mease, P. J., Arnold, L. M., Crofford, L. J., Williams, D. A., Russell, I. J., Humphrey, L., ... & Martin, S. A. (2008). Identifying the clinical domains of fibromyalgia: contributions from clinician and patient Delphi exercises. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 59(7), 952-960. <https://doi.org/10.1002/art.23826>

Meester, I., Rivera-Silva, G. F., & González-Salazar, F. (2020). Immune system sex differences may bridge the gap between sex and gender in fibromyalgia. *Frontiers in neuroscience*, 13, 1414. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.01414>.

Melchior, M., Poisbeau, P., Gaumond, I., & Marchand, S. (2016). Insights into the mechanisms and the emergence of sex-differences in pain. *Neuroscience*, 338, 63-80. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.05.007>

Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D. Kenshalo (Ed.), *The skin senses* (pp. 423-443). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.

Mendelsohn, A., Chalamish, Y., Solomonovich, A., & Dudai, Y. (2008) Mesmerising Memories: Brain substrates of episodic Memory Suppression in Posthypnotic Amnesia. *Neuron*, 57, 159-170. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.11.022>

Mendieta, D., De la Cruz-Aguilera, D. L., Barrera-Villalpando, M. I., Becerril-Villanueva, E., Arreola, R., Hernández-Ferreira, E., ... & Velasco-Velázquez, M. A. (2016). IL-8 and IL-6 primarily mediate the inflammatory response in fibromyalgia patients. *Journal of neuroimmunology*, 290, 22-25. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2015.11.011>

- Mendoza, M. E., Capafons, A., Espejo, B., & Montalvo, D. (2009). Beliefs and attitudes toward hypnosis of Spanish psychologists. *Psicothema*, 21(3), 465-470. Retrieved from <https://europepmc.org/article/med/19622330>
- Mendoza, M. E., & Capafons, A., (2009) Efficacy of clinical hypnosis: A summary of its empirical evidence. *Papeles del Psicologo*, 30, 98-116.
- Miles, C., Pincus, T., Carnes, D., Taylor, S., & Underwood, M. (2011). Measuring pain self-efficacy. *The Clinical Journal of Pain*, 27(5), 461-470. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318208c8a2>
- Moix, J., & Kovacs, F. (2009). *Manual del dolor*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Moix, J., & Casado, M. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.
- Montoya, M. G., Martín, Á. P., Salio, A. M., Fuentes, J. V., Alberch, E. A., & de la Cámara, A. G. (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(2), 108-120.
- Mork, P. J., & Nilsen, T. I. (2012). Sleep problems and risk of fibromyalgia: longitudinal data on an adult female population in Norway. *Arthritis & rheumatism*, 64(1), 281-284. <https://doi.org/10.1002/art.33346>.
- Neerinckx, E., Van Houdenhove, B., Lysens, R., & Vertommen, H. (2000). What Happens to the Fibromyalgia Concept? [Editorial] *Clin Rheumatol* 19, 1-5. <https://doi.org/10.1007/s100670050001>
- Nicholas, M., Coulston, C., Asghari, A., & Malhi, G. (2009). Depressive symptoms in patients with chronic pain. *The Medical Journal of Australia*, 190(7 Suppl.), S66-S70. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02473.x>
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of traumatic stress*, 11(4), 711-730. <https://doi.org/10.1023/A:1024493332751>

- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11265-000>
- Nuttin, J. (1992). Les premiers congrés internationaux de Psychologie. Text inedit. In M. Richelle, & H. Carpintero (Eds.), *Contributions to the History of the International Congresses of Psychology*. Valencia y Bruselas: Revista de Historia de la Psicología Monographs & Studia Psychologica. Leuven University Press.
- Oaklander, A. L., Herzog, Z. D., Downs, H. M., & Klein, M. M. (2013). Objective evidence that small-fiber polyneuropathy underlies some illnesses currently labeled as fibromyalgia. *PAIN®*, 154(11), 2310-2316. Doi: [10.1016/j.pain.2013.06.001](https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.06.001) Epub2013 Jun 5.
- Oakley, D. A. (2008). Hypnosis, trance and suggestion: Evidence from neuroimaging. In M.R. Nash, & A.J. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of Hypnosis: Theory, research and practice* (p. 365-392). Oxford University Press.
- Oakley, D., & Halligan, P. (2010). Psycho/physiological foundations of hypnosis and suggestion. In S. J. Lynn, & I. Kirsch (eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis*. (pp. 79–117; 2nd ed.) American Psychological Association. ISBN: 9781433805684.
- Ohayon, M. M. (2005). Prevalence and correlates of nonrestorative sleep complaints. *Arch Intern Med*, 165, 35-41. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.1.35>
- Olivius, G., Östergren, P-O., Hanson, B. S., & Lyttkens, C.H. (2004). Parental economic stress: Evidence of an overlooked public health risk among Swedish families. *European Journal of Public Health*, 14(4), 354–360. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.4.354>
- O'Toole, S. K., Solomon, S. L., & Bergdahl, S. A. (2016). A meta-analysis of hypnotherapeutic techniques in the treatment of PTSD symptoms. *Journal of traumatic stress*, 29(1), 97-100. <https://doi.org/10.1002/jts.22077>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52. <https://doi.org/10.1037/00332909.129.1.5>

- Ozgoçmen, S., Ozyurt, H., Sogut, S., & Akyol, O. (2006). Current concepts in the pathophysiology of fibromyalgia: the potential role of oxidative stress and nitric oxide. *Rheumatology international, 26*(7), 585-597. DOI [10.1007/s00296-005-0078-z](https://doi.org/10.1007/s00296-005-0078-z)
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., ... & Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Jama, 302*(5), 550-561. [PubMed: 19654389]
- Parrish, B. P., Zautra, A. J., & Davis, M. C. (2008). The role of positive and negative interpersonal events on daily fatigue in women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and osteoarthritis. *Health Psychology, 27*(6), 694-702.
- Paz, C., Aguilera, M., Salla, M., Compañ, V., Medina, J. C., Bados, A., ... & Medeiros-Ferreira, L. (2020). Personal Construct Therapy vs Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depression in Women with Fibromyalgia: Study Protocol for a Multicenter Randomized Controlled Trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 16*, 301. <https://doi.org/10.2147/NDT.S235161>
- Peirs, C., Williams, S. P. G., Zhao, X., Walsh, C. E., Gedeon, J. Y., Cagle, N. E., ... & Seal, R. P. (2015). Dorsal horn circuits for persistent mechanical pain. *Neuron, 87*(4), 797-812. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.07.029>
- Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordi, H., & Palmer, A. (2010). Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(1), 41-56.
- Popper, K. (2002). *The Logic of Scientific Discovery*. Routledge, Routledge Classics. ISBN-13 9780415278447.
- Poole, D. A., Lindsay, D. S., Memon, A., & Bull, R. (1995). Psychotherapy and the recovery of memories of childhood sexual abuse: US and British practitioners' opinions, practices, and experiences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 426. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.426>

- Prusak, J. (2016). Differential diagnosis of “Religious or Spiritual Problem”—Possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5. *Psychiatria Polska*, 50(1), 175-186. [Doi:10.12740/pP/59115](https://doi.org/10.12740/pP/59115)
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 17(8), 356. [https://doi.org/ 10.1007/s11916-013-0356-6](https://doi.org/10.1007/s11916-013-0356-6)
- Rainville, P., & Price, D. D. (2003). Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(2), 105-129. <https://doi.org/10.1076/iceh.51.2.105.14613>
- Rainville, P., & Price, D. D. (2004). The neurophenomenology of hypnosis and hypnotic analgesia. *Psychological methods of pain control: basic science and clinical perspectives. Progress in pain research and management*, 29, 235-67.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., ... & Song, X. J. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. [https://doi.org/ 10.1097/j.pain.0000000000001939](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939)
- Ramírez, M., Martínez-Martínez, L. A., Hernández-Quintela, E., Velazco-Casapía, J., Vargas, A., & Martínez-Lavín, M. (2015). Small fiber neuropathy in women with fibromyalgia. An in vivo assessment using corneal confocal biomicroscopy. *Semin. Arthrit. Rheum.* 45, 214–219. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2015.03.003>
- Raphael, K. G. (2005). Childhood abuse and pain in adulthood: More than a modest relationship? *Clinical Journal of Pain*, 21 (5), 371-373.
- Raphael, K. G., Janal, M. N., & Nayak, S. (2004). Comorbidity of fibromyalgia and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of women. *Pain Medicine*, 5(1), 33–41. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2004.04003.x>
- Rhudy, J. L., Bartley, E. J., Williams, A. E., McCabe, K. M., Chandler, M. C., Russell, J. L., & Kerr, K. L. (2010). Are there sex differences in affective modulation of spinal nociception and pain? *The Journal of Pain*, 11(12), 1429-1441. [https://doi.org/ 10.1016/j.jpain.2010.04.003](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.04.003)

- Robinson, R. L., Birnbaum, H. G., Morley, M. A., Sisitsky, T., Greenberg, P. E., & Wolfe, F. (2004). Depression and fibromyalgia: treatment and cost when diagnosed separately or concurrently. *The Journal of Rheumatology*, 31(8), 1621-1629. [https://doi.org/10.1016/S1098-3015\(10\)64241-6](https://doi.org/10.1016/S1098-3015(10)64241-6)
- Rodríguez Franco, L., & Cano García, F. J. (2001). Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2(4), 279-288.
- Roelofs, K., & Spinhoven, P. (2007). Trauma and medically unexplained symptoms: Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 798–820. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.004>
- Romans, S., & Cohen, M. (2008). Unexplained and underpowered: the relationship between psychosomatic disorders and interpersonal abuse—a critical review. *Harvard review of psychiatry*, 16(1), 35-54. [PubMed: 18306098]
- Romagnolli, L., Coria, V. R., Júnior, S. H. N., Sartori, J. E. T., de Souza Romanelli, A., Carvalho, L. G. S., ... & de Araújo Filho, G. M. (2016). Alexithymia and fibromyalgia: a systematic review. *Revista de Medicina*, 95(1), 12-17. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95i1p12-17>
- Romano, J. M., Turner, J. A., Jensen, M. P., Friedman, L. S., Bulcroft, R. A., Hops, H., & Wright, S. F. (1995). Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain*, 63(3), 353-360. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00062-3](https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00062-3)
- Ross L. (1977). Intuitive Psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. *Advances in Experimental Social Psychology*, 10, 173–220.
- Rossi, E. L. (2003). *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo* (The psychobiology of mind-body healing – New concepts of therapeutic hypnosis – 1993). Editora Livro Pleno. SP – Brasil. ISBN 85.87622-16-1
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 10(4), 539-555. <https://doi.org/10.1023/A:1024837617768>

- Castel, A., Cascón, R., Salvat, M., Sala, J., Padrol, A., Pérez, M., & Rull, M. (2008). Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(6), 358-370
- Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child abuse & neglect*, 21(2), 211-226. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00147-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00147-0)
- Russ, H., & Aisbett, B. (2014). *The happiness trap Pocketbook*. Brown Book Group Little. ISBN 13:9781472111821.
- Ruzyla-Smith, P., Barabasz, A., Barabasz, M., & Warner, D. (1995). Effects of hypnosis on the immune response: B-cells, T-cells, helper and suppressor cells. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(2), 71-79. <https://doi.org/10.1080/00029157.1995.10403185>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W.M.C., & Gray, J.A. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't? *British Medical Journal*, 312, 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sadock, B.J., Kaplan, H.I., & Sadock, V.A. (2007). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/clinical Psychiatry*. Kaplan & Sadock textbooks (Tenth edition). Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN: 078177327X, 9780781773270.
- Sallinen, M., Kukkurainen, M. L., Peltokallio, L., & Mikkelsen, M. (2010). Women's narratives on experiences of work ability and functioning in fibromyalgia. *Musculoskeletal Care*, 8(1), 18-26. <https://doi.org/10.1002/msc.162> PMID: 19847817.
- Sansone, R. A., Sinclair, J. D., & Wiederman, M. W. (2009). Childhood trauma and selfharm behavior among chronic pain patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(3), 238-240. <https://doi.org/10.1080/13651500902838436>
- Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23(5), 441-448. <https://doi.org/10.1007/s10067-004-0918-3>
- Scacchia, P., & De Pascalis, V. (2020). Effects of Prehypnotic Instructions on Hypnotizability and Relationships Between Hypnotizability, Absorption, and Empathy. *American Journal of*

Clinical Hypnosis, 62(3), 231-266. [https://doi.org/ 10.1080/00029157.2019.1586639](https://doi.org/10.1080/00029157.2019.1586639)
PMID: 31928517.

Schnur, J. B., Kafer, I., Marcus, C., & Montgomery, G. H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 114-128. <https://doi.org/10.1002/ch.364>

Scoboria, A., Mazzoni, G., Kirsch, I., & Milling, L. S. (2002). Immediate and persisting effects of misleading questions and hypnosis on memory reports. *Journal of Experimental Psychology Applied*, 8, 26-32.

Sharif, K., Watad, A., Coplan, L., Lichtbroun, B., Krosser, A., Lichtbroun, M., ... & Shoenfeld, Y. (2018). The role of stress in the mosaic of autoimmunity: an overlooked association. *Autoimmunity reviews*, 17(10), 967-983. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2018.04.005>

Sharpe, M., & Bass, C. (1992). Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry*, 4(1), 81-97. <https://doi.org/10.3109/09540269209066305>

Simões, M. (2002). Altered States of Consciousness and Psychotherapy – A cross cultural perspective. *The International Journal of Transpersonal Studies*, 21, 145-152. <https://doi.org/10.24972/ijts.2002.21.1.145>

Simões, M., & Barbosa, L. (2003). Aplicações clínicas de estados modificados de consciência – Indícios para uma prospecção experimental. In M. Simões, S. Gonçalves, & M. Resende, *Psicologia da Consciência* (pp. 294 - 306). Lisboa: Lidel.

Sluka, K. A., & Clauw, D. J. (2016). Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Neuroscience*, 338, 114–129. [https://doi.org/ 10.1016/j.neuroscience.2016.06.006](https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.06.006)

Smatti, M. K., Cyprian, F. S., Nasrallah, G. K., Al Thani, A. A., Almishal, R. O., & Yassine, H. M. (2019). Viruses and autoimmunity: a review on the potential interaction and molecular mechanisms. *Viruses*, 11, E762. [https://doi.org/ 10.3390/v11080762](https://doi.org/10.3390/v11080762)

Solberg Nes, L., Roach, A., & Segerstrom, S. (2009). Executive functions, selfregulation, and chronic pain: a review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(2), 173-183. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9096-5>

- Sorge, R. E., Mapplebeck, J. C., Rosen, S., Beggs, S., Taves, S., Alexander, J. K., ... & Yang, M. (2015). Different immune cells mediate mechanical pain hypersensitivity in male and female mice. *Nature neuroscience*, *18*(8), 1081-1083. <https://doi.org/10.1038/nn.4053>
- Spanos, NP (1996). *Multiple identities & false Memories: A sociocognitive Perspective*. American Psychological Association APA. ISBN: 978-1.55798-340-4.
- Spanos, N.P., Menary, E., Gabora, N.J., Dubreuhil, S.C., & Dewhirst, B. (1991) Secondary identity enactments during hypnotic past-life regression: a socio-cognitive perspective. *Journal of personality and Social Psychology*, *61*, 308-320. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.308>
- Spiegel, D. (2008). Intelligent design or designed intelligence? Hypnotizability as a neurobiological adaptation. In. M. R. Nash, & A. J. Barnier, *The Oxford Handbook of Hypnosis. Theory, research and practice* (p. 179-199). Oxford Univerty Press. ISBN: 978-0-19-857009-7.
- Spiegel, D. (2013). Tranceformations: hypnosis in brain and body. *Depression and anxiety*, *30*(4), 342-352. <https://doi.org/10.1002/da.22046>
- Spiegel, D., & King, R. (1992). Hypnotizability and CSF HVA levels among psychiatric patients. *Biological psychiatry*, *31*(1), 95-98. [Doi: 10.1016/0006-3223\(92\)90009-o](https://doi.org/10.1016/0006-3223(92)90009-o)
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (2004). *Trance & Treatment. Clinical Uses of hypnosis*. (2nd. Edition). Basic Books Arlington: American Psychiatric Publishing. [Published online: 21 Sep 2011]. doi.org/10.1080/00029157.2004.10403631
- Spiegel, H. (2007) The neural trance: a new look at Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *55*(4), 387-410. [Doi: 10.1080/00207140701506367](https://doi.org/10.1080/00207140701506367)
- Staud, R., Nagel, S., Robinson, M. E., & Price, D. D. (2009). Enhanced central pain processing of fibromyalgia patients is maintained by muscle afferent input: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Pain*, *145*, 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.05.020>.
- Step toe, A., Wardle, J., & Marmot, M.G. (2005). Positive Affect and Health-Related Neuroendocrine, Cardiovascular, and Inflammatory Processes. June. *Proceedings of the*

National Academy of Sciences, 102(18), 6508-12. <https://doi.org/10.1073/pnas.0409174102>

Stoelb, B. L., Molton, I. R., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: a review of the literature. *Contemporary hypnosis*, 26(1), 24-39. <https://doi.org/10.1002/ch.370> [PubMed: 20161034]

Strusberg, I., Mendelberg, R. C., Serra, H. A., & Strusberg, A. M. (2002). Influence of weather conditions on rheumatic pain. *Journal of Rheumatology*, 29(2), 335-338.

Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52-64.

Sullivan, P. F., Smith, W., & Buchwald, D. (2002). Latent class analysis of symptoms associated with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Psychological medicine*, 32(5), 881. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005834> PMID: 12171382.

Takahashi, A., Flanigan, M. E., McEwen, B. S., & Russo, S. J. (2018). Aggression, social stress, and the immune system in humans and animal models. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 56. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00056>

Tanriverdi, F., Karaca, Z., Unluhizarci, K., & Kelestimur, F. (2007). The hipothalamo-pituitary-adrenal axis in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome. *Stresse*, 10(1), 13-25. <https://doi.org/10.1080/10253890601130823>

Tavris, C. A. (1993). Beware the incest-survivor Machine. *New York Times Book Review*, 1, January 3, section 7, page 1.

Tausk F, Elenkov I, Moynihan J. (2008). Psychoneuroimmunology. *Dermatol Ther* Jan-Feb;21(1):22-31. <https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2008.00166.x>. PMID: 18318882.

TenDam, H. (2014). *Deep Healing and Transformation*. Lulu.com. ISBN 9781312303652.

Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic medicine*, 66(6), 837-844. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146329.63158.40>

- Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., Solmi, M., ... & Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *99*, 298-310. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.02.013>
- Tortosa, F., González-Ordi, H., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). La hipnosis: Una controversia interminable. *Anales de la Psicología*, *15* (1), 3-25.
- Turk, D.C., & Flor, H. (1999). A biobehavioral Perspective. In R. J. Gatchel, & D. C. Turk (eds.), *Psychosocial Factors in Pain*. (pp.18-34). The Guilford Press.
- Turk, D. C., Okifuji, A., Sinclair, J. D., & Starz, T. W. (1996). Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*, *23*(7), 1255-1262. PMID: 8823701.
- Turk, D. C., & Okifuji, A., (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(3), 678-690. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.3.678>
- Turk, D. C., Robinson, J. P., & Burwinkle, T. (2004). Prevalence of fear of pain and activity in fibromyalgia syndrome patients. *The Journal of Pain*, *5*, 483-490. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.08.002>
- Uceda, J., Fernández, C., Hernández, R., & González, M. I. (2000). Fibromialgia: aspectos históricos, definición y clasificación. *Revista española de reumatología: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Reumatología*, *27*(10), 414-416.
- Üçeyler, N., Zeller, D., Kahn, A. K., Kewenig, S., Kittel-Schneider, S., Schmid, A., ... & Sommer, C. (2013). Small fibre pathology in patients with fibromyalgia syndrome. *Brain*, *136*(6), 1857-1867. <https://doi.org/10.1093/brain/awt053>.
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2001). Sensitization, subjective health complaints, and sustained arousal. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *933*(1), 119-129. <https://doi.org/0.1111/j.1749-6632.2001.tb05819.x>.

- Vaitl, D., Birbaumer, N., Gruzelier, J., Jamieson, G. A., Kotchoubey, B., Kübler, A., ... & Sammer, G. (2005). Psychobiology of altered states of consciousness. *Psychological bulletin*, 131(1), 98. PMID: 15631555. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.1.98>
- Van Houdenhove, B., Neerinckx, E., Onghena, P., Vingerhoets, A., Lysens, R., & Vertommen, H. (2002). Daily hassles reported by chronic fatigue syndrome and fibromyalgia patients in tertiary care: a controlled quantitative and qualitative study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(4), 207-213. <https://doi.org/10.1159/000063646>
- Van Houdenhove, B., Neerinckx, E., Onghena, P., Lysens, R., & Vertommen, H. (2001). Premorbid "overactive" lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: an etiological factor or proof of good citizenship? *Journal of psychosomatic research*, 51(4), 571-576. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00247-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00247-1)
- Van Houdenhove, B. (2003). Fibromyalgia: a challenge for modern medicine. *Clinical Rheumatology*, 22(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s10067-002-0672-3>
- Van Houdenhove, B., Egle, U., & Luyten, P. (2005). The role of life stress in fibromyalgia. *Current rheumatology reports*, 7(5), 365-370.
- Van Houdenhove, B., & Luyten, P. (2006). Stress, depression and fibromyalgia. *Acta neurologica belgica*, 106(4), 149. Retrieved from <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=18481439>
- Van Houdenhove, B., & Luyten, P. (2008). Customizing treatment of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: the role of perpetuating factors. *Psychosomatics*, 49(6), 470-477.
- Veltri, A., Scarpellini, P., Piccinni, A., Conversano, C., Giacomelli, C., Bombardieri, S., ... & Dell'Osso, L. (2012). Methodological approach to depressive symptoms in fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol*, 30(Suppl 74), S136-42. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11568/241373>
- Vespa, A., Meloni, C., Giuliotti, M. V., Ottaviani, M., Spatuzzi, R., & Merico, F. (2015). Evaluation of depression in women affected by fibromyalgia syndrome. *J Depress Anxiety*, 4(2), 178. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1044.1000178>

- Villanueva, V. L., Valía, J. C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. J., & Andrés, J. (2004). Fibromialgia: Diagnóstico y tratamiento - El estado de la cuestión. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, *11*, 430-443.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European journal of pain*, *11*(7), 779-787. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.12.007> Epub 2007 Feb 15. PMID: 17303452.
- Walker, E., 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. <https://doi.org.10.1097/00006842-199711000-00002>
- Walsh, R.N., & Vaughan, F.E. (1993). *Paths beyond ego: The transpersonal vision*. Perigee Books.
- Wambach, H. (1978). *Reliving past lives: the evidence under hypnosis*. Harper & Row Publishers.
- Wark, D. M. (2006). Alert hypnosis: A review and case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *48*(4), 291–300. <https://doi.org/10.1080/00029157.2006.10401536>
- Watkins, J. G. (1988). The management of malevolent ego states in multiple personality disorder. *Dissociation*, *1*, 67-72.
- Watkins, J. G., & Barabasz, A. (2012) *Advanced Hypnotherapy: Hypnodynamic Techniques*. Routledge. ISBN 1135912475, 9781135912475.
- Weathers, F.W., & Keane, T.M. (2008) Trauma, definition. In G. Reys, J. D. Elhai, & J. D. Ford, *The Encyclopedia of Psychological Trauma*. Wiley & sons.
- Weiss, B (2010). *Muitos Corpos, Uma só alma: a cura através das vidas futuras*. Pergaminho.
- Weiss, M. F. (1993). Ericksonian hypnotherapy for pain control during and following cancer surgery. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, *14*(2), 53–74.
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *The Lancet*, *354*(9182), 936-939. [PubMed: 10489969]

- White, K. P., Nielson, W. R., Harth, M., Ostbye, T., & Speechley, M. (2002). Does the label “fibromyalgia” alter health status, function, and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis Care & Research*, 47(3), 260-265. <https://doi.org/10.1002/art.10400>. PMID: 12115155
- White, H. D., Brown, L. A., Gyurik, R. J., Manganiello, P. D., Robinson, T. D., Hallock, L. S., ... & Yeo, K. T. J. (2015). Treatment of pain in fibromyalgia patients with testosterone gel: Pharmacokinetics and clinical response. *International immunopharmacology*, 27(2), 249-256. <https://doi.org/10.1016/j.intimp.2015.05.016>
- White, P.D. (2010). Chronic fatigue syndrome: Is it one discrete syndrome or many? Implications for the “one vs. many” functional somatic syndromes debate. *J Psychosom Res.*, 68, 455–9. [PubMed: 20403504]
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., ... & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*, 62(5), 600-610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>
- Wolfe, F. (1997). The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Annals of the rheumatic diseases*, 56(4), 268-271. <https://doi.org/10.1136/ard.56.4.268> PMID: 9166001; PMCID: PMC1752352.
- Wolfe, F., & Hawley, D. J. (1998). Psychosocial factors and the fibromyalgia syndrome. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 57(2), S88-S91. <https://doi.org/10.1007/s003930050243>
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., . . . Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>
- Wolfe, F., Walitt, B., Perrot, S., Rasker, J.J., & Häuser, W. (2018). Fibromyalgia diagnosis and biased assesment: Sex, prevalence and bias. *PloS one*, 13(9), e0203755. <http://doi.org/10.0371/journal.pone.0203755>

- Woolf, C. J. (2011) Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3), S2-S15. <http://doi.org/10.1001/jama.2014.3266>
- Woolger, R. J. (1988). *Other lives, other selves: A Jungian psychotherapist discovers past-lives*. Doubleday.
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England journal of medicine*, 346(2), 108-114. <https://doi.org/10.1056/NEJMra012941>
- Yunus, M. B., Khan, M. A., Rawlings, K. K., Green, J. R., Olson, J. M., & Shah, S. (1999). Genetic linkage analysis of multicase families with fibromyalgia syndrome. *The Journal of rheumatology*, 26(2), 408-412.
- Zautra, A. J., Fasman, R., Reich, J. W., Harakas, P., Johnson, L. M., Olmsted, M. E., & Davis, M. C. (2005). Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic medicine*, 67(1), 147. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146328.52009.23>
- Zeilhofer, H. U., Wildner, H., & Yévenes, G. E. (2012). Fast synaptic inhibition in spinal sensory processing and pain control. *Physiological Reviews*, 92, 193–235. <https://doi.org/10.1152/physrev.00043.2010>