

Estilos de apego adulto en una muestra española de fibromialgia: un estudio piloto transversal

A. SIMON I ESTRADA

RESUMEN

La investigación en la población española ha mostrado que los estilos de apego adulto difieren de la literatura tradicional, particularmente en el grupo inseguro temeroso. A pesar de la profusión actual de trabajos sobre apego inseguro y su influjo en la enfermedad, el apego adulto en sus particularidades españolas no ha sido explorado hasta el momento en pacientes con fibromialgia (FM). Con este fin, se llevó a cabo un estudio transversal con 25 pacientes como etapa preliminar al establecimiento de una relación entre apego adulto español y FM, según los criterios diagnósticos del *American College of Rheumatology* (ACR) de 2010. Nuestro objetivo era describir la muestra por medio de características socio-demográficas y clínicas, impacto de la enfermedad en la calidad de vida, definición del dolor y su vivencia, estilos de apego adulto y nivel de depresión. La totalidad de la muestra manifestó apego inseguro, confirmando, por ende, la hipótesis principal. Sin embargo, no fue posible dilucidar asociación entre FM y un subtipo inseguro. Nuestros hallazgos revelaron que las relaciones más estrechas se daban entre depresión y dolor y su experiencia, así como depresión y calidad de vida. La investigación debe avanzar para ampliar la comprensión de cómo el apego inseguro influye en la FM en su concepción actual y determinar posibles efectos moderadores de otras variables.

Palabras clave: Fibromialgia. Estilos de apego adulto. Relaciones objetales. Transversal.

ABSTRACT

Research within the Spanish population has showed that adult attachment styles differ slightly from the traditional literature on this subject, particularly in the insecurely attached fearful group. Despite the profuse ongoing research regarding insecure attachment and its influence on disease, adult attachment style and its Spanish particularities has not been explored in fibromyalgia patients so far. To this end, we performed a cross-sectional study with 25 patients as a preliminary step in establishing a relationship between Spanish adult attachment style and fibromyalgia, according to the 2010 American College of Rheumatology classification criteria. Our aim was to describe our sample in terms of demographic and clinical characteristics, impact of the illness on quality of life, pain status and its experience, adult attachment style, and depression level. The totality of the sample reported insecure attachment, thus confirming our main hypothesis. However, we were unable to establish any further associations between fibromyalgia and a specific insecure style. Our findings revealed the strongest associations between depression and pain status/experience, as well as depression and fibromyalgia quality of life. Further studies should help us to understand better how insecure attachment influences today's conception of fibromyalgia, and ascertain any possible moderator effects of other variables. (DOLOR. 2014;29:146-54)

Corresponding author: Ainhoa Simon i Estrada,
ainhoa.simon@clinicadiagonal.com

Key words: Fibromyalgia. Adult attachment. Object relations. Cross-sectional.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de fibromialgia (FMS) es un complejo trastorno de dolor, que presenta como signo cardinal el dolor crónico y un cortejo de síntomas. Según los criterios diagnósticos del ACR de 1990, se requería sensibilidad al tacto (puntos hipersensibles o *tender points*) en al menos 11 de 18 zonas específicas y la presencia de dolor difuso y generalizado¹. La evolución en la comprensión del síndrome y la necesidad de desarrollar nuevos criterios diagnósticos fraguaron la clasificación de la ACR 2010: se excluyeron los puntos hipersensibles, se restringió el dolor extenso y se apoyó por primera vez en la expresión aumentada de síntomas somáticos y dificultad cognitiva (*fibro fog* o *fibro bruma*). Asimismo, se incluyeron síntomas somáticos y no álgicos, tales como fatiga y sueño no reparador, movilizándolo así la conceptualización hacia una condición dimensional al final de un espectro de angustia polisintomática². Más recientemente, los criterios ACR 2010 han sido simplificados a un formato de autoinforme para uso en estudios epidemiológicos. Así nace la nueva escala de síntomas de FM, conocida como escala de parafibromialgia (*Fibromyalgiansess Scale* [FS]), creada mediante la combinación de las escalas índice de dolor generalizado (*Widespread Pain Index* [WPI]) y puntuación de Severidad de los Síntomas (*Symptom Severity Score* [SS]).

La fibromialgia es un trastorno de dolor crónico que afecta entre un 0,5 y un 5% de la población general, es más frecuente en mujeres y común entre los 20 y 50 años³⁻⁵. Su etiología sigue siendo desconocida, aunque hay un número creciente de estudios experimentales que identifican múltiples anormalidades, tales como umbrales mecánicos y termoalgésicos reducidos, mayor sensibilidad a distintos tipos de estímulos dolorosos y alteraciones en mecanismos moduladores del dolor⁶. También son habituales las quejas comórbidas, en particular el síndrome de intestino irritable y los trastornos del estado de ánimo. No obstante, cualquier implicación subyacente neurobiológica y/o del sistema nervioso central (SNC) en la explicación patogénica aún debe ser dilucidada en detalle, a pesar del uso de las técnicas modernas de neuroimagen⁷.

Sin embargo, es posible encontrar una alta prevalencia de trauma psicológico en el pasado, especialmente abuso sexual, en pacientes con un amplio abanico de trastornos, incluyendo gastrointestinales⁸, FM⁹⁻¹¹ y enfermedades dolorosas^{12,13}. En efecto, una de las

cuestiones centrales en cualquier modelo que adscribe vulnerabilidad a eventos relativamente comunes –trauma, pérdida, aislamiento o estrés– radica en cómo el modelo explica las diferencias individuales en la exposición psicosocial¹⁴. Dado que el apego es una característica relativamente estable, de tipo rasgo¹⁵, sirve de argumento para examinar múltiples aspectos de la FM. Recientemente, la atención se ha centrado en ligar el apego adulto y la enfermedad, como en el caso de muchos atributos de la experiencia de dolor. No obstante, la investigación sobre este planteamiento rara vez ha empleado los últimos criterios ACR, por ejemplo¹⁶.

El estilo de apego adulto es una representación interna del *self* y el otro, resultante de las experiencias en la infancia temprana respecto a relaciones con los cuidadores primarios¹⁷. El estilo de apego determina el modo de relacionarse de los individuos y está asociado a las estrategias de manejo de situaciones amenazantes¹⁷. La diferencia en el tipo de estrategia usada para regular el estrés y los estados de inseguridad establecen los cuatro estilos prototípicos de apego¹⁸, que abarcan un estilo seguro y tres inseguros: las personas con un estilo de apego seguro (modelo positivo de uno mismo y del otro en la relación, según la noción de Bartholomew y Horowitz) mantienen un balance adecuado entre necesidades emocionales y autonomía personal¹⁹; el tipo huidizo alejado (modelo positivo de uno mismo y negativo del otro) se caracteriza por la incomodidad con la intimidad, debida a un ensalzamiento de la autosuficiencia y una consideración de las relaciones interpersonales como algo secundario a las cuestiones materiales²⁰, así como una orientación al logro¹⁹; los individuos preocupados (modelo negativo de uno mismo y positivo del otro) son dependientes y muestran una excesiva preocupación por las relaciones y miedo al abandono²⁰; y por último, el colectivo huidizo temeroso (modelo negativo de uno mismo y del otro) comparte con el tipo huidizo alejado la ansiedad de intimidad y la atribución de menor importancia a la afiliación, pero se distingue por una elevada necesidad de aprobación y miedo al rechazo social^{19,20}. Partiendo de esta teoría, el apego inseguro en sujetos con dolor crónico se ha asociado a evaluaciones más negativas del dolor^{21,22}, percepción e incapacidad dolorosas aumentadas²³, angustia psicológica elevada^{21,24}, manejo complicado del dolor²⁵ y un mayor uso de atención sanitaria²¹.

La investigación con población española²⁶ ha encontrado una idiosincrasia de rasgos en el grupo temeroso de apego inseguro. En concreto, el patrón

temeroso hostil se identifica por enfado, hostilidad, rencor y posesión, baja autoestima, necesidad de aprobación, miedo al rechazo y alta autosuficiencia emocional. Por lo tanto, este estilo particular representa una combinación de los grupos alejado y preocupado. Como sugieren Melero y Cantero²⁶, esta particularidad podría deberse a los perfiles afectivos distintos de la población hispánica, que acepta bien la expresión emocional. También han apuntado la necesidad de perfilar el estilo alejado en su definición de la muestra española, dada su visión extremadamente racional y objetiva ante situaciones de activación emocional y su alta capacidad argumentativa de manipulación. Esto posiblemente derivaría en nuevos hallazgos en cuanto a vínculos con la salud y, en particular, con la FM y su alto influjo de factores psicosociales^{27,28}.

A la luz de estas consideraciones y resultados empíricos, realizamos un estudio piloto transversal con pacientes hispánicos con FM según los criterios ACR 2010. Nuestros objetivos eran: evaluar los estilos españoles de apego adulto en la muestra, determinar una posible relación entre gravedad de FM y tipo de apego, y confirmar la existencia de un estilo temeroso hostil en pacientes españoles con FM. Nuestra hipótesis principal era que la gravedad de la FM estaría asociada con una mayor probabilidad a apego inseguro, y luego que habría relaciones más específicas entre FM grave y los diferentes subtipos inseguros, y posiblemente una mayor prevalencia de estilos temeroso hostil o alejado en la muestra.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio y participantes

Efectuamos un estudio transversal en el que los participantes previamente diagnosticados de FM según los criterios ACR 2010 debían completar una serie de cuestionarios. También se recogieron datos clínicos y sociodemográficos de la muestra, correspondientes a pacientes con FM de la Unidad de Reumatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona). Se llevó a cabo un muestreo intencional, es decir, se contactó con los pacientes diagnosticados para pedirles su anuencia como voluntarios en el estudio. De las 39 personas contactadas, solo 25 aceptaron participar. La media de edad fue de 51,1 años (DS = 9,2) y todas eran mujeres. Solo había una inmigrante latinoamericana, que llevaba residiendo en España durante 12 años. Un 68%

estaba casada, inclusive una con pareja de hecho. Un 36% tenía empleo y un 84% tenía el equivalente del título de bachiller o superior. Un 92% estaba tomando a diario u ocasionalmente medicación paliativa del dolor, un 56% consumía benzodiazepinas y un 64%, fármacos antidepresivos. Para ser incluidos en el estudio, los pacientes no debían padecer otros trastornos reumatológicos álgicos (p. ej., artritis reumatoide), en los que el dolor podría ser primario y más considerable que el de la FM, y no tener comorbilidad de enfermedades graves e incapacitantes.

Procedimientos

Las pacientes fueron diagnosticadas primero por un especialista y posteriormente evaluadas por una psicóloga clínica. En una tercera etapa, se contactó con ellas para pedirles información más detallada que la que constaba en la historia clínica, como su estado civil y el consumo actual de fármacos. A continuación, las pacientes cumplimentaron los cuestionarios y pudieron resolver cualquier pregunta o duda que podría haber interferido en el proceso de recogida de datos.

Instrumentos

Información sociodemográfica

Se pidió a las participantes que informaran sobre su edad, sexo, nacionalidad, estado civil, situación laboral, nivel de estudios (computado desde educación primaria), enfermedades comórbidas, medicación actual y número de años desde el diagnóstico de la FM.

Apego adulto

El estilo de apego adulto se evaluó mediante el cuestionario de apego adulto (CAA) desarrollado por Melero y Cantero para la población española²⁶. Este cuestionario consta de 40 preguntas tipo Likert de seis puntos que se pueden agrupar en cuatro escalas, o factores, que a su vez representan dimensiones donde se puede ubicar al sujeto en un *continuum* y ofrecer una perspectiva del apego más adecuada que la clasificación categórica²⁹⁻³². La primera escala proporciona información sobre «baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo»; la segunda evalúa la «resolución hostil de conflictos, rencor y posesión»; la tercera valora la «expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones», y por

último, hay una escala de «autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad». No obstante, agrupar estos factores en categorías resultó en patrones de apego que coincidían con los estilos seguro, preocupado y alejado, pero presentó rasgos específicos respecto el patrón temeroso. Así, el estilo temeroso hostil se muestra con muy altas puntuaciones en las escalas primera y segunda, bajas en la tercera y moderadas/altas en la cuarta. El estilo preocupado define al sujeto cuando obtiene una alta puntuación en la primera escala, moderada en la segunda, moderada/alta en la tercera y moderada en la cuarta escala. Las puntuaciones que caracterizan al estilo seguro son muy bajas para la primera escala, bajas para la segunda, altas para la tercera y bajas para la cuarta. Finalmente, el tipo alejado tiene un puntaje bajo/moderado en la primera escala, moderado en la segunda, bajo/moderado en la tercera y alto en la cuarta. Las participantes fueron clasificadas en uno de los cuatro perfiles categóricos partiendo de la mejor adecuación de las puntuaciones en estas cuatro escalas dimensionales.

Depresión

Usamos la versión española del inventario de depresión de Beck II (*Beck Depression Inventory II* [BDI-II]), un autoinforme de 21 ítems que evalúa los componentes cognitivos, afectivos y conductuales de los síntomas depresivos^{33,34}. Asimismo, se clasificó a los sujetos en grupos de depresión mínima, leve, moderada o grave según la versión estandarizada de la muestra, mediante la media y la desviación estándar, apoyándose en la referencia de los umbrales de puntuación (0 a 13, 14 a 18, 19 a 27, y 28 a 63, respectivamente) para la población española clínica³⁴.

Calidad de vida con fibromialgia

La gravedad de la FM se evaluó con el cuestionario español de impacto de la fibromialgia (*Spanish Fibromyalgia Impact Questionnaire* [SFIQ])^{35,36}, compuesto por 10 subescalas: incapacidad física, bienestar general, ausencia en el trabajo, dificultad laboral, dolor, fatiga, cansancio matutino, agarrotamiento, ansiedad y depresión. La puntuación de cada subescala se estandarizó de 0 a 10 y, sumando las de todos los ítems, produjo una puntuación total de 0 (sin gravedad) a 100 (máxima gravedad). Las mujeres también fueron categorizadas en tres grupos basados en el puntaje total del SFIQ mediante los puntos de corte de ≥ 50 y ≥ 70 , por lo que se usaron

los umbrales correspondientes a la clasificación de FM leve, moderada o grave^{37,38}.

Intensidad e interferencia del dolor en la vida cotidiana

Empleamos la versión española del cuestionario breve del dolor (*Brief Pain Inventory* [BPI]), un cuestionario autoevaluado³⁹. Los 15 ítems que lo conforman exploran la ubicación y los aspectos cualitativos del dolor y lo miden en dos dimensiones: intensidad e interferencia en las actividades diarias: la intensidad, dada por la puntuación de gravedad del dolor (la media de cuatro ítems de intensidad dolorosa), posee un valor máximo de 10 y mínimo de 0, y la escala de interferencia del dolor se obtiene a través de la media de siete ítems de interferencia, que resultan en una puntuación de interferencia dolorosa, que también abarca los valores del 0 al 10⁴⁰.

Análisis estadístico

El propósito del estudio fue describir la muestra española de sujetos con FM, en particular los estilos de apego, depresión, calidad de vida e intensidad/interferencia del dolor. También se exploró la relación entre estas variables clave. Algunas variables clínicas y sociodemográficas, como el número de años desde el diagnóstico u otras enfermedades médicas comórbidas, fueron descartadas en el análisis debido a la muestra final reducida y la aparente ausencia de asociaciones estadísticamente significativas. Para poder obtener tablas de contingencia entre perfiles CAA y depresión, se empleó la versión estandarizada de la muestra con los puntajes de BDI-II para categorizar esta variable. Se efectuaron análisis chi cuadrado (χ^2) –incluyendo estimadores de riesgo y tamaño del efecto– para examinar las diferencias entre cada subtipo de apego inseguro y la variable dicotomizada de SFIQ, obtenida a través de la media muestral y, a este efecto, también un descriptor de la gravedad de la FM. Se realizó también la prueba exacta de Fisher para examinar la relación entre cada subtipo de apego inseguro y la depresión muestral. Se usaron las puntuaciones SFIQ, así como las de ambas escalas BPI, para explorar las diferencias entre los resultados de FM dentro de cada estilo de apego inseguro mediante la prueba H de Kruskal-Wallis. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Todos los análisis se efectuaron con la versión 21 del *software* del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) y el nivel de significación se fijó en $\alpha = 0,05$.

Tabla 1. Resultados estadísticos descriptivos para gravedad de FM y depresión

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntuación SFIQ	46,72	83,02	66,4986	10,76762
BPI, puntuación de gravedad del dolor	3,75	9,00	6,4000	1,19242
BPI, escala de interferencia del dolor	2,43	8,86	6,8000	1,66701
Puntuación BDI-II	5,00	61,00	26,28	15,13968

Tabla 2. Matriz de correlaciones rho de Spearman

		Nivel educativo	Puntuación BDI-II	Puntuación SFIQ	BPI puntuación de gravedad del dolor	BPI escala de interferencia del dolor	Edad
Nivel educativo	Coefficiente de correlación	1,000	-0,415*	-0,291	-0,416*	-0,221	-0,376
	Sig. (dos colas)	—	0,039	0,159	0,039	0,288	0,064
	n	25	25	25	25	25	25
Puntuación BDI-II	Coefficiente de correlación	-0,415*	1,000	0,547†	0,570†	0,730†	0,015
	Sig. (dos colas)	0,039	—	0,005	0,003	0,000	0,945
	n	25	25	25	25	25	25
Puntuación SFIQ	Coefficiente de correlación	-0,291	0,547†	1,000	0,498*	0,589†	0,210
	Sig. (dos colas)	0,159	0,005	—	0,011	0,002	0,314
	n	25	25	25	25	25	25
BPI puntuación de gravedad del dolor	Coefficiente de correlación	-0,416*	0,570†	0,498*	1,000	0,682	0,323
	Sig. (dos colas)	0,039	0,003	0,011	—	0,000	0,115
	n	25	25	25	25	25	25
BPI escala de interferencia del dolor	Coefficiente de correlación	-0,221	0,730†	0,589†	0,682†	1,000	0,231
	Sig. (dos colas)	0,288	0,000	0,002	0,000	—	0,267
	n	25	25	25	25	25	25
Edad	Coefficiente de correlación	-0,376	0,015	0,210	0,323	0,231	1,000
	Sig. (dos colas)	0,064	0,945	0,314	0,115	0,267	—
	n	25	25	25	25	25	25

*La correlación es significativa al nivel del 0,05.

†La correlación es significativa al nivel del 0,01.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra los resultados del perfil de FM y depresión. El 100% (n = 25) de las participantes presentaron un estilo de apego inseguro: un 36% alejadas (n = 9), un 36% preocupadas y un 28% (n = 7) temerosas hostiles.

Las correlaciones más potentes (Tabla 2) ocurrieron entre el índice de depresión y ambas dimensiones del dolor, y también entre depresión y calidad de

vida de FM. Asimismo, se encontró una fuerte relación entre ambas escalas del dolor, ostentando la alta fiabilidad y validez del instrumento. Se encontró una asociación inversa moderada ($r_s = -0,415$; $p = 0,039$) entre el nivel de estudios y la depresión, así como entre el nivel de estudios y PSD del BPI ($p_s = -0,416$; $p = 0,039$).

Sin embargo, la prueba de Kruskal-Wallis (Tabla 3) reveló que la distribución de sujetos inseguramente apegados no difería de manera significativa en la calidad de vida con FM ($\chi^2[2] = 1,701$; $p = 0,427$)

Tabla 3. Prueba de Kruskal-Wallis

Rangos			
	Puntuaciones CAA	n	Rango promedio
BPI puntuación de gravedad del dolor	Alejado	9	12,44
	Temeroso hostil	7	14,93
	Preocupado	9	12,06
	Total	25	
Escala de interferencia del dolor	Alejado	9	13,67
	Temeroso hostil	7	14,93
	Preocupado	9	10,83
	Total	25	
Puntuación SFIQ	Alejado	9	14,56
	Temeroso hostil	7	14,29
	Preocupado	9	10,44
	Total	25	
Estadísticos ^{*,†}			
	BPI puntuación de gravedad del dolor	Escala de interferencia del dolor	Puntuación SFIQ
χ^2	0,686	1,338	1,701
gl	2	2	2
Sig. asintót.	0,709	0,512	0,427

*Prueba de Kruskal-Wallis.

†Variable de agrupación: puntuaciones CAA.

ni en dolor (para gravedad, $\chi^2[2] = 0,686$; $p = 0,709$; para interferencia del dolor, $\chi^2[2] = 1,338$; $p = 0,512$). La misma ausencia de significación estadística apareció al calcular los estimadores de riesgo y la asociación de la V de Cramer para la gravedad de la FM dicotomizada (por encima y por debajo de la mediana muestral) dentro de los subtipos de apego inseguro. No obstante, la prueba exacta de Fisher (Fig. 1) mostró que el porcentaje de índice de depresión difería significativamente por subtipo de apego inseguro ($p = 0,012$). El tamaño del efecto de este resultado, la V de Cramer, fue considerable: 0,567 ($p = 0,013$).

DISCUSIÓN

El propósito fundamental de este estudio fue probar la hipótesis de que el apego inseguro español estaría asociado a FM ACR 2010, y luego buscar esta misma asociación con un patrón específico inseguro. Al hacerlo, y dadas las limitaciones de los estudios transversales, también se procuró describir la muestra fijada de forma «pura» de FM, sin la adulteración de otras fuentes importantes de dolor. En un estudio piloto transversal, la totalidad de la muestra reportó

un apego adulto inseguro. De los diversos estilos, no se encontraron diferencias significativas respecto a calidad de vida ni dimensiones del dolor. No obstante, este resultado sí apareció entre gravedad de depresión y subtipo inseguro de apego. Es decir, los sujetos con FM inseguramente apegados reflejaron diferentes niveles de depresión de acuerdo con su perfil específico inseguro. Esto no es sorprendente, dado que la inseguridad de apego y la depresión comparten un terreno común, particularmente en el estudio de las enfermedades físicas⁴¹⁻⁴³. Asimismo, la depresión puede derivar de disrupción grave del apego, y existe un solapamiento fisiológico entre inseguridad de apego y depresión, por ejemplo^{44,45}.

Por lo tanto, gran parte de la investigación relacionada con apego inseguro y enfermedad procura medir y controlar los síntomas depresivos. Debido al tamaño reducido de la muestra, no nos fue posible controlar la depresión ni establecer un posible efecto moderador con análisis de regresión lineal. Por otro lado, este estudio no persiguió examinar esta relación, y, de intentarlo con datos transversales, no sería posible discernir por medios estadísticos si la depresión resulta de padecer FM o si la depresión mayor podría comportar el desarrollo de FM.

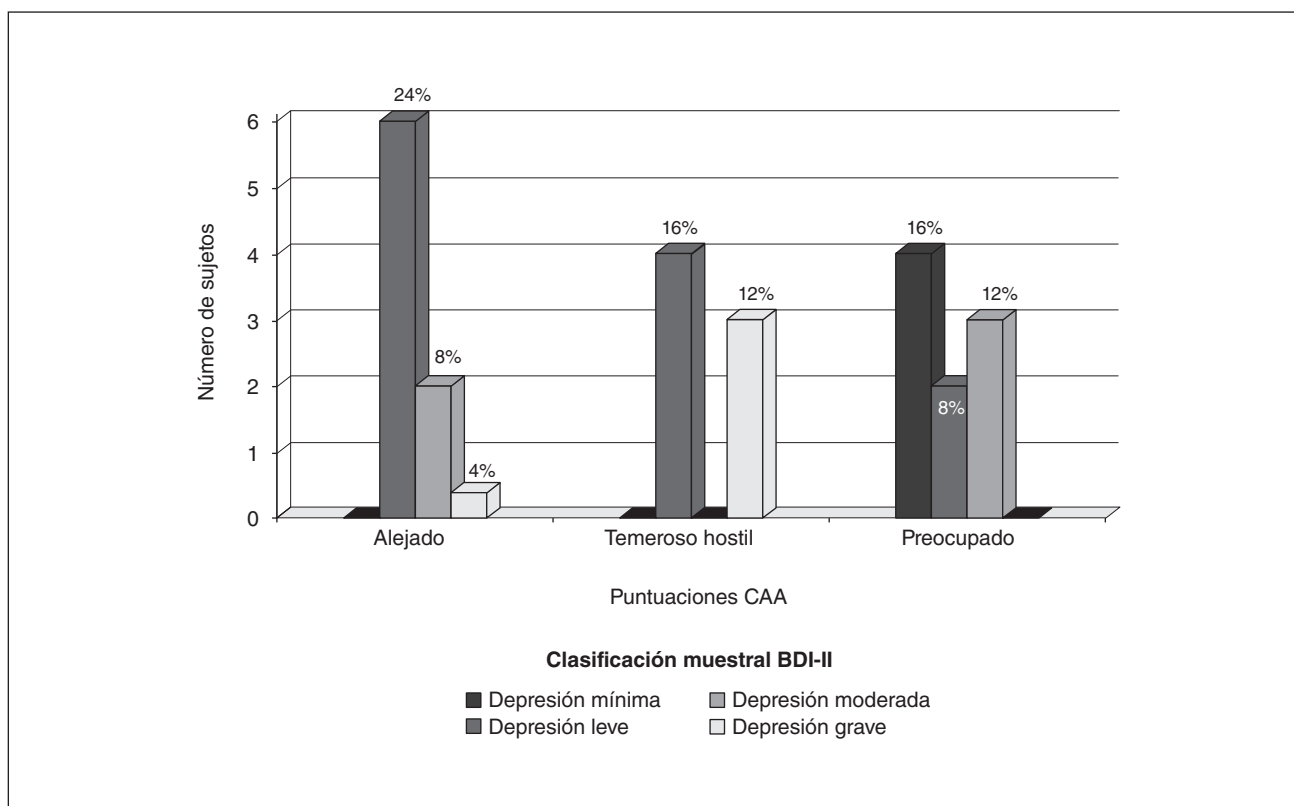


Figura 1. Depresión distribuida por estilos de apego inseguro.

Se encontró una fuerte asociación entre la calidad de vida, por un lado, y el nivel de depresión y la interferencia del dolor, por otro. También se vinculó el índice de depresión con las dimensiones del dolor, especialmente con la interferencia del mismo. Sin embargo, el nivel de estudios mostró un efecto protector moderado respecto a la depresión y la gravedad del dolor. Estos hallazgos coinciden con el modelo general de apego-diátesis del dolor crónico²⁸, en el cual el dolor induciría reacciones relativas al apego, y también sugiere que el apego y la experiencia de dolor están relacionados, como indica la dirección que toma este ámbito de investigación^{16,46}. Además, es coherente con la conceptualización de la FM según ACR 2010, en la cual las variables diagnósticas más relevantes que se hallaron fueron el WPI y la SS, que incluía las escalas categóricas para síntomas cognitivos, sueño no reparador, fatiga y numerosos síntomas somáticos. De forma adicional, el estado de ánimo se correlacionó con la escala SS en un 0,725, a pesar de ser omitido por su dificultad de evaluación y dado que podría ser un rasgo resultante y no primario de la condición². A este respecto, la FM difiere de la artritis reumatoide, por ejemplo, en que comporta un diagnóstico basado en gravedad

simtomática, siendo sobre todo este motivo el que nos movió a «depurar» la forma de la FM de los participantes en nuestro estudio. En cuanto a los resultados contradictorios acerca del alto porcentaje de individuos casados e inseguramente apegados, y la relación inversa entre el alto nivel de estudios y la depresión y la gravedad del dolor, elegimos no explorarlo más allá debido a los propósitos y limitaciones del estudio.

La estabilidad de estos hallazgos, en especial la asociación perentoria entre FM ACR 2010 y apego adulto inseguro, requiere replicación en investigaciones futuras. La inclusión de un grupo control de apego seguro y una muestra aumentada dentro de un planteamiento prospectivo podría facilitar confirmación y sentar las bases para una adecuación de los esfuerzos en el ámbito terapéutico para la FM, una enfermedad aún con muchas incógnitas. Los resultados son prometedores tomados en el contexto de un estudio piloto para adaptar el tratamiento en la población española con FM, psicológico en particular, en la dirección de aplicar la investigación sobre procesos de apego adulto. Aunque este estudio presenta esta asociación potente e inédita en pacientes

españoles como punto fuerte principal, también cuenta con un número de limitaciones que constrinjen las interpretaciones. Ante todo, la naturaleza transversal del presente estudio no permite realizar inferencias de causalidad y limita nuestra habilidad de evaluar síntomas de FM a lo largo del tiempo. En relación a este punto, la evaluación del apego refleja las percepciones subjetivas de los individuos acerca de los vínculos afectivos que establecen, por lo que es vulnerable al sesgo de información, y también la presencia de trastornos del estado de ánimo o la experiencia dolorosa pueden haber influido en la información del estilo de apego^{47,48}. Además, la muestra reducida no permitió gran parte del análisis estadístico previsto, lo que limitó el examen de cada categoría insegura y cualquier posible variable mediadora y moderadora. Creemos, no obstante, que el fundamento teórico sólido de las hipótesis provee un contexto razonable para la interpretación de resultados, lo que justifica ampliar la investigación en esta materia. Por último, nuestra muestra comprendió mujeres con FM, en su mayoría con estudios superiores y casadas, lo que impidió la descripción de particularidades de género en FM que se han definido en la literatura^{49,50}. Asimismo, el muestreo intencional llevado a cabo para obtener FM ACR 2010 introdujo un sesgo de selección.

En conclusión, los datos presentados subrayan la importancia del apego adulto inseguro español en su posible contribución al desarrollo de FM ACR 2010. Ahora, se requiere investigar una forma de tratamiento más efectiva entre individuos con FM que presenten un estilo de apego inseguro, así como desarrollar nuevas aproximaciones de investigación de apego adulto en una variedad más amplia de contextos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar las gracias al personal y pacientes de la unidad implicada en este estudio. Los autores no declaran conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990; 33(2):160-72.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(5):600-10.
- White K, Harth M. Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2001;5(4):320-9.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell I, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum.* 1995;38(1):19-28.
- Branco J, Bannwarth B, Failde I, et al. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum.* 2010;39(6): 448-53.
- Ceko M, Bushnell M, Gracely R. Neurobiology underlying fibromyalgia symptoms. *Pain Res Treat.* 2012;2012:585419.
- Williams D, Clauw D. Understanding fibromyalgia: lessons from the broader pain research community. *J Pain.* 2009;10(8):777-91.
- Drossman D, Talley N, Leserman J, Olden K, Barreiro M. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med.* 1995;123(10):782-94.
- McBeth J, Macfarlane G, Benjamin S, Morris S, Silman A. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences: a community-based study. *Arthritis Rheum.* 1999;42(7):1397-404.
- Walker E, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon W. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med.* 1997;59(6):572-7.
- Boisset-Piolo M, Esdaile J, Fitzcharles M. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 1995;38(2): 235-41.
- Golding J. Sexual assault history and headache: five general population studies. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187(10):624-9.
- Fillingim R, Wilkinson C, Powell T. Self-reported abuse history and pain complaints among young adults. *Clin J Pain.* 1999;15(2):85-91.
- Mauder R, Hunter J. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosom Med.* 2001;63(4):556-67.
- Mikulincer M, Shaver P. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. Nueva York: Guilford Press; 2007.
- Kratz A, Davis MC, Zautra AJ. Attachment predicts daily catastrophizing and social coping in women with pain. *Health Psych.* 2012; 31(3):278-85.
- Bowlby J. Attachment and loss (Vol. 1). Nueva York: Basic Books; 1982.
- Bartholomew K, Horowitz L. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(2):226-44.
- Mayseless O. Attachment patterns and their outcomes. *Human Development.* 1996;39:206-23.
- Feeney J, Noller P, Hanrahan M. Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. En: Sperling MB, Berman WH, editores. *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives.* Nueva York: Guilford Press; 1994. p. 128-52.
- Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain.* 2003; 104(3):627-37.
- Meredith P, Strong J, Feeney J. Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Res Manag.* 2005;10(4):191-200.
- McWilliams L, Cox B, Enns M. Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *Clin J Pain.* 2000;16(4):360-4.
- Meredith P, Strong J, Feeney J. Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *Eur J Pain.* 2007;11(2):164-70.
- Meredith P, Strong J, Feeney J. Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain.* 2006; 123(1-2):146-54.
- Melero R, Cantero M. Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud.* 2008;19(1):83-100.
- McBeth J, Macfarlane G, Benjamin S, Silman A. Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain: results of a large population-based study. *Arthritis Rheum.* 2001;44(4):940-6.
- Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: presenting a conceptual model. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(3):407-29.
- Crowell J, Fraley R, Shaver P. Measurement of individual differences in adolescence and adult attachment. *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications.* Nueva York: Guilford Press; 1999. p. 434-65.
- Fraley R, Waller N. Adult attachment patterns. A test of the typological model. *Attachment theory and close relationships.* Nueva York: Guilford Press; 1998. p. 3-24.

31. Shaver P, Belsky J, Brennan K. The Adult Attachment Interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*. 2000;7(1):25-43.
32. Bartholomew K. Adult attachment processes: Individual and couple perspectives. *Br J Med Psychol*. 1997;70(Pt 3):249-63.
33. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
34. Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, García-Vera M. Criteria and norms for interpreting scores on the Spanish adaptation of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) 2013 July 15th, 2013. Disponible en: <http://www.pearsonpsychcorp.es>
35. Burckhardt C, Clark S, Bennett R. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol*. 1991;18(5):728-33.
36. Rivera J, González T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2004;22(5):554-60.
37. Burckhardt C. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): An Historical and Methodological Primer 2003 July 15th, 2013. Disponible en: http://www.myalgia.com/FIQ_burckhardt.htm
38. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart J. Validation of the Spanish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31(9):507-13.
39. Badia Llach X, Cleeland C, Muriel C, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(2):52-9.
40. Cleeland C. The Brief Pain Inventory: User Guide. Houston, TX: MD Anderson Cancer Center; 2009.
41. Wulsin L, Vaillant G, Wells V. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med*. 1999;61(1):6-17.
42. Watson M, Haviland J, Greer S, Davidson J, Bliss J. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*. 1999;354(9187):1331-6.
43. West M, Rose M, Verhoef M, Spreng S, Bobey M. Anxious attachment and self-reported depressive symptomatology in women. *Can J Psychiatry*. 1998;43(3):294-7.
44. Liu D, Diorio J, Tannenbaum B, et al. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and the hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*. 1997;277(5332):1659-62.
45. Heim C, Nemeroff C. The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biol Psychiatry*. 2000;46(11):1509-22.
46. Davies K, Macfarlane G, McBeth J, Morriss R, Dickens C. Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain*. 2009;143(3):200-5.
47. Ciechanowski P, Worley L, Russo J, Katon W. Using relationship styles based on attachment theory to improve understanding of specialty choice in medicine. *BMC Med Educ*. 2006;6:3.
48. MacDonald G, Kingsbury R. Does physical pain augment anxious attachment? *J Soc Pers Relat*. 2006;23(2):291-304.
49. Aparicio V, Ortega F, Carbonell-Baeza A, et al. Are there gender differences in quality of life and fibromyalgia symptomatology? *Am J Mens Health*. 2012;6(4):314-9.
50. Miro E, Diener F, Martínez M, et al. La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*. 2012;24(1):10-5.