

EL CUERPO SACRIFICADO: UNA MIRADA COMPRENSIVA SOBRE LA FIBROMIALGIA DESDE EL CONSTRUCTIVISMO

Sonia Fontecha, Silvia Hermosilla y Manuel Villegas
Centro Itaca. Barcelona

This paper poses psychotherapeutic intervention from the framework of constructivism and specifically the theory of moral development (Villegas, 2005, 2008) carried out with two diagnosed fibromyalgia patients. From these two cases we propose a series of conclusions about modalities of moral regulation of these patients and the emergence of fibromyalgia, hypotheses that can serve as a framework for understanding the experience of fibromyalgia and the pursuit of new research.

Keywords: Fibromyalgia, theory of moral development, constructivism, pain, psychotherapy

Introducción, presentación del trabajo.

A continuación presentamos nuestra propuesta de intervención psicoterapéutica con pacientes diagnosticadas de fibromialgia, que sufren también problemas psicológicos. Los objetivos que nos planteamos con esta intervención es mejorar la calidad de vida de la persona afectada (el aumento de la autoestima, estado de ánimo, relaciones sociales, la incorporación de actividades, experiencias gratificantes y enriquecedoras, así como la reconstrucción de la propia identidad y el sentido vital) y aumentar la sensación de manejo con respecto al dolor. No pretendemos establecer una etiología de la fibromialgia, sino analizar desde una perspectiva global y vital la evolución de la persona antes y después de la aparición de la fibromialgia.

Marco teórico:

El marco teórico en el que se encuadra la intervención psicoterapéutica es el constructivismo, el cual otorga al ser humano el papel activo de construir su realidad a través del significado que da a sus experiencias. En particular se considera la fibromialgia dentro del **contexto existencial** de la persona, cómo ésta aparece en el seno de **una historia** caracterizada por una **regulación sociométrica** de tipo

vinculante oblativo. Estos conceptos provienen de la **Teoría del Desarrollo Moral** (Villegas, 2005, 2008) para la cual las personas se regulan según el momento **evolutivo** en función de dos ejes: el **eje egocentrado** correspondiente al periodo postnatal y primera infancia y el **eje alocentrado**, correspondiente a la niñez y pubertad. Estos ejes introducen una tensión o dialéctica en el desarrollo de la persona hacia la autonomía que idealmente correspondería a la vida adulta. Toda la evolución y posterior regulación del sujeto es el resultado de esta tendencia hacia la autonomía, razón por la cual se le otorga el calificativo de “**moral**”: cada uno es responsable frente a los determinismos internos y externos a que se halla expuesto durante su trayectoria vital. Los distintos estadios evolutivos toman igualmente su denominación de esta referencia al criterio de regulación moral en base al concepto de **-nomía** (del griego “nomos” criterio o convención), dando origen a cinco momentos evolutivos llamados **pre- a hetero- socio- y auto-nomía**) que luego se convierten en sistemas estructurales de regulación psicológica (determinando **emociones, pensamientos y comportamientos**), cuyo significado se irá especificando a lo largo del trabajo (véase Villegas, 2005, 2008) . En el ámbito del trabajo con la fibromialgia será también de particular interés elaborar los **procesos de duelo** que llevan consigo las pérdidas tanto en el ámbito relacional como social y en el de la incapacitación subsiguiente a la experiencia del dolor crónico.

Setting terapéutico. Formato de terapia breve llevado a cabo dentro de las actividades clínicas del Master de Terapia Cognitivo Social, en el contexto de un grupo de trabajo de investigación en fibromialgia. Pacientes derivadas por el psiquiatra del Centro de Salud Mental al estudio que se realizaba desde el Master.

Formato: 16 sesiones terapéuticas de una hora, con frecuencia semanal, más dos sesiones de seguimiento.

Metodología: Cuestionarios de evaluación empleados:

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje-I del DSM-IV (SCID-I), Escala Visual Analógica (EVA), Cuestionario del Impacto de la FM (FIQ; Burckhardt, Clark y Bennett, 1991, adaptación española de Rivera y González, 2004), Técnica de Rejilla (TR) (Kelly, 1955; Feixas y Cornejo, 1996), HADS - Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital (Zigmond y Snaith), BDI – II: Inventario de Depresión de Beck (Beck et al.), C.E.R.

Casos:

I.- CASO ALICIA

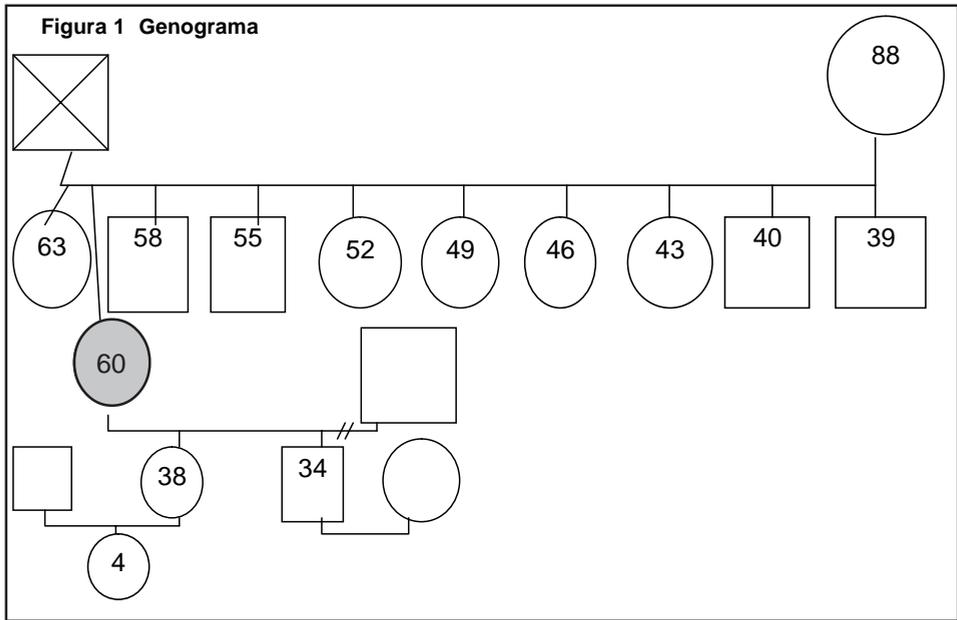
Datos demográficos y genograma trigeracional

Alicia (nombre ficticio) es una mujer de 60 años, natural de un pequeño pueblo de Jaén, donde todavía residen 3 de sus hermanos y su madre. Es la segunda de 11

hermanos. Proveniente de una familia de clase social baja con grandes necesidades económicas, sin estudios, apenas sabe leer y escribir. (Ver genograma, figura 1).

Separada desde hace 18 años, en la actualidad, reside en Barcelona, en un piso en el que vive ella sola, desde que sus hijos se fueron de casa hace siete y cinco años, respectivamente

Alicia es la segunda de 11 hermanos, hija de dos padres autoritarios por los que no se ha sentido querida. Su padre murió hace treinta años, fruto de un accidente. Lo define como: buena persona, generoso, cariñoso, trabajador, humilde, responsable, apegado a la familia, alegre, que se preocupa, callado, no cotilla. Pero también como influenciado por su madre, quien lo instigaba para que los pegase cuando no “cumplían las normas”, como ejemplo me cuenta que cuando se ponían a jugar y armaban jaleo, su madre les decía que fuera a pegarles y éste lo hacía.



Línea de vida

Desde pequeña se encarga de **cuidar** a sus hermanos pequeños hasta que cumple 10 años, edad en que comienza a trabajar. A los 16 se va con su hermana mayor a Madrid a trabajar para ganar más dinero, pasando de depender del criterio de sus padres al criterio externo de su hermana mayor que era la encargada de cuidar de ella. La relación autoritaria de la madre hacia ella, es ahora mantenida por la hermana. Si Alicia se oponía a lo que su hermana le decía o quería hacer, la dejaba encerrada en su cuarto sin poder salir. Alicia entraba entonces en conflicto entre lo que le apetecía hacer y lo que le decían tenía que hacer, interrumpiendo así su camino hacia la autonomía.

Después de 6 años en Madrid, un verano que vuelve a su pueblo de vacaciones conoce un hombre con quien comienza una relación sentimental. Al poco tiempo, decide irse a vivir con él y unos dos meses después contraen matrimonio pese a la manifiesta oposición de su padre (quien le decía era un mal hombre).

Al año de matrimonio, por motivos laborales, se mudan a vivir a Barcelona, momento en que empiezan los maltratos psicológicos, físicos y sexuales. Su marido es un hombre ausente de casa, que bebe y mantiene relaciones con prostitutas. En su primer año de matrimonio nace su primera hija, 4 años después nace su segundo hijo. En Barcelona, aislada de su familia, y sin amistades, sintiéndose avergonzada de lo que pasaba, se dedica por entero a trabajar y sacar adelante a sus hijos. Su padre muere cuando ella tiene 30 años, a causa de un accidente, ella comienza a sentir sentimientos de vacío.

Mientras tanto continúan los maltratos. Presenta diversas denuncias sin éxito, en una, la policía le dice que vuelva cuando tenga sangre, en otra meten al calabozo a su exmarido durante una noche, al día siguiente sale y vuelve a dar una paliza a Alicia. En algún momento se plantea la posibilidad de separarse, pero dado que ella había tomado la decisión de casarse con él tenía que “cargar” con las consecuencias y creyendo que su marido cambiaría y que era el padre de sus hijos, sigue con él durante veinte años. Hasta que intenta pegar a uno de sus hijos. Momento en que decide separarse, ella tiene entonces 42 años. Desde entonces, continúa su **lucha** para sacar a sus hijos adelante ella sola, una lucha sin descanso. El tiempo continúa pasando y ella comienza a tener **dolores** a raíz de una operación de menisco por el que coge la baja. Después de una peregrinación por distintos médicos durante dos años, un reumatólogo le diagnostica fibromialgia y le dice que no vaya a ningún médico más puesto que no tiene cura. Posteriormente le dan la invalidez, y la incapacidad total por larga enfermedad.

Poco después de comenzar a tener dolores, su hija mayor se independiza, y al poco lo hará también su hijo, quedándose sola en casa. Se intensifica entonces el miedo a su marido traducido en una intensa desconfianza hacia los demás, pero también hacia ella misma. Aparecen también sentimientos de **vacío, soledad, culpabilidad y un bajo estado de ánimo**. Momento en que comienza a acudir a consulta psiquiátrica. Después de dos años, y aconsejada por su Psiquiatra viene a terapia.

Demanda inicial Cuando se le pregunta a Alicia qué es lo que quiere conseguir de la terapia, responde que lo que quiere es:

“volver a ser yo misma, ahora no soy yo, hacer más cosas, estar mejor de estado de ánimo, relacionarme más con la gente, no tener tanto miedo y no tener tanto dolor”.

Objetivos de terapia

- Teniendo en cuenta su motivo de demanda inicial, el formato de terapia breve y las circunstancias y características de la paciente los objetivos se centraron en:
 - establecer un vínculo seguro donde poder comprenderse a sí misma, para comenzar a quererse y recuperar la confianza ante la vida.
 - llevar a cabo un análisis de significados, para reconstruir un nuevo ciclo de validación.
 - disminuir el dolor.

Comprensión del curso vital de Alicia: Siguiendo la clasificación de Villegas, Alicia presenta ya desde muy pronto en su infancia una regulación **prenómica compensada por la heteronomía**, característica de una prenomía que no ha seguido una evolución hacia la anomía, a causa de un déficit en la constitución de un criterio propio, pasando a depender de criterios externos por los que regirse. En el caso de Alicia esto es debido a las excesivas responsabilidades que asume desde pequeña puesto que sus padres no se hacían cargo de ella, ni le daban cariño, Alicia no se ha sentido protegida ni querida, más bien al contrario. Sentía que cuando hacía lo que le apetecía por ejemplo jugar con sus hermanos, sus padres le pegaban. De manera que comienza a regirse por la **heteronomía** por lo que tiene que hacer, durante una gran parte de su vida. Se llena de responsabilidades sin llenarse de sí misma.

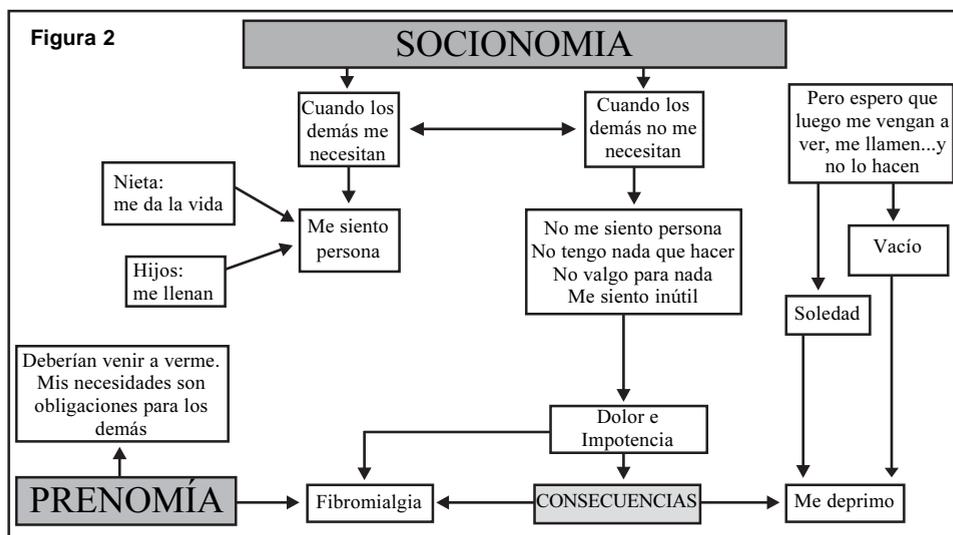
Durante la adolescencia, pasará del criterio autoritario de sus padres, al criterio de su hermana mayor, interrumpiendo su pasaje hacia la autonomía. Hasta que conoce al que será su futuro marido, y decide casarse con él desde una posición de rebeldía, para escapar de sus obligaciones.

Cuando se casa con él y su marido comienza a maltratarle, ella quiere volver con su familia, de hecho su padre ya le había avisado de que éste era un mal hombre. Pero entonces él la amenaza con hacerle algo a su familia y ella decide continuar con él para **proteger a su familia y para cargar con las consecuencias de la decisión que había tomado**. Al poco tiempo, se trasladan de Andalucía a Barcelona, donde Alicia se siente perdida y sola. Al cabo de poco tiempo se quedará embarazada y desde entonces su vida se vuelca en el sacrificio por sus hijos, mientras continúan los maltratos y las constantes invalidaciones **“No vales para nada”**. Alicia que pensaba su marido cambiaría, y considerando que era el padre de sus hijos decide continuar con él. **Estas condiciones (proteger la familia de origen, mantener el vínculo y el cuidado de sus hijos) la inducen a regirse por una socrionomía vinculante oblativa, que viene a sumarse a la regulación heteronómica de base, potenciando con ello el criterio alocentrado.**

En algún momento intenta salir de esa situación y decide poner una denuncia pero la policía le dice que “hasta que no vengas con sangre no vuelvas” por lo que Alicia decide continuar con él, mientras su ánimo y su autoestima se van mermando.

Finalmente cuando sus hijos ya son más mayores, y su marido está a punto de pegar a uno de sus hijos, decide separarse. Continúa el sacrificio por sus hijos “*no merece la pena pensar en mí, es egoísta y además yo no valgo para nada*”, hasta que sus hijos se hacen mayores y se independizan.

Paralelamente a este proceso, comienza a tener dolores, e inicia un peregrinaje por distintos médicos hasta que recibe el diagnóstico de fibromialgia, acompañado del mensaje “no se cura”. Surge entonces el sentimiento de vacío, de soledad, el bajo estado de ánimo, momento en que inicia tratamiento psiquiátrico. Ya no se fía de nadie, y siente que la vida no merece la pena, que ella como persona no vale. Posteriormente, el hecho de que sus hijos se vayan de casa y “ya no la necesiten”, hace que sienta que no valga para nada. Las sensaciones de vacío, fracaso e impotencia a partir de la ruptura que supone en su vida el diagnóstico de fibromialgia y la invalidez total, que la incapacita para trabajar la devuelven a una **posición prenómica pero esta vez originaria reactiva**. (Ver Fig. 2)



Desde pequeña Alicia no ha sentido sus necesidades cubiertas de una manera adecuada y pese a que mediante otras estructuras (heteronomía y sionomía) ha podido funcionar durante mucho tiempo, no han sido dos estructuras integradas, ni desarrolladas. De manera que cuando la fibromialgia le impide hacerse cargo de las obligaciones y /o de los demás, se encuentra con ella misma, con unas necesidades que no sabe satisfacer. Y espera que sus hijos se las satisfagan. Confunde sus deseos con sus necesidades, ejemplo el deseo que vengan a verla, tratando de imponérselo a sus hijos como si fuera su obligación. Y las emociones que durante tanto tiempo han permanecido dormidas, se despiertan ahora en forma de vacío, de tristeza y de dolor. Una **anomia**, con la que Alicia no está acostumbrada a conectar.

Por eso el trabajo terapéutico se centró primero en crear un vínculo, donde Alicia se sintiera segura y pudiera expresar su dolor, su resentimiento, su rabia, su tristeza, su denuncia frente al mundo. Para que pudiera a la vez ir legitimando sus emociones para poder ir validándolas y validarse a través de ellas como persona. Pudiendo perdonarse a sí misma, pudiendo salir de la culpabilidad, para poder dejar paso a la libertad, al desarrollo. Para poder ir integrando responsabilidades con voluntad. Un proceso de cambio largo, que durante el proceso de terapia breve simplemente se inició.

TÉCNICAS Y ACTITUDES EMPLEADAS

Validación y empatía

Una actitud terapéutica basada en la empatía y en la validación de los sentimientos, de sus pensamientos, de transmitirle que era válida como persona fue fundamental para el proceso de terapia. Alicia nunca había tenido un lugar en la que se le escuchara sin temor, con comprensión, en el que se sintiese aceptada. Para ella supuso crear un primer entorno seguro, de confianza, en el que aprender a escucharse y a legitimar sus emociones.

Muy importante fue también el respeto de su ritmo y de su tiempo. Le costó abrirse y llegar al núcleo de su verdadero dolor, de manera que cada día añadía nuevos matices, nuevos hechos que recomponer y reconstruir.

Reformulación de significados:

Se definió la fibromialgia como el resultado de un esfuerzo continuado puesto en los demás, que le impedía centrarse en ella misma. Un esfuerzo que le llevaba a la decepción cuando veía que los demás no le daban el reconocimiento exterior que ella buscaba. Esto le llevó a la depresión, a un dolor emocional, que se había convertido en un dolor físico (la fibromialgia).

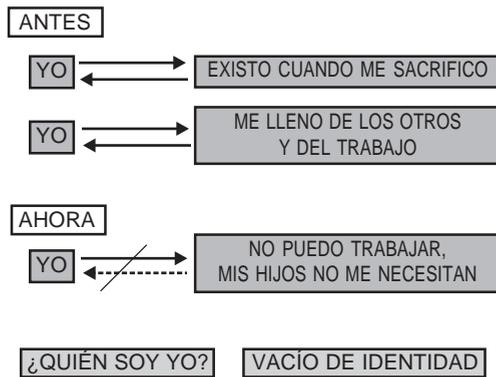
1.- FIBROMIALGIA COMO AGOTAMIENTO DEPRESIVO



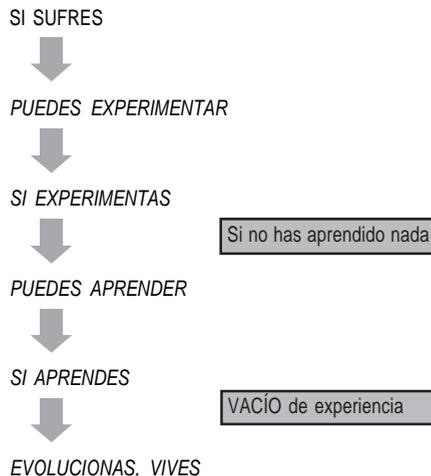
Se trabajó la REFORMULACIÓN del dolor, como proceso curativo que le estaba permitiendo el contacto con ella misma, como un dolor transformador, que le permitiría el camino hacia la libertad y su propia autonomía.

2.- Vacío: fruto de un mirar hacia fuera, no hacia dentro.

Se trabajó también que en su vida sus fuentes de validación era externas: ella existía a través de los otros o a través de su trabajo. Cuando no puede trabajar y ya sus hijos no le necesitan no recibe esta validación externa. Y entonces ella se encuentra con ella misma y se pregunta: ¿Quién soy yo? Se encuentra con el vacío de identidad.



Se reformula entonces la función del dolor, que le estaba permitiendo el contacto emocional con ella misma, lo que le ayudaría a sentir, a experimentar, a vivir y a hacer suya su vida. Para ella hasta entonces su existencia estaba vacía porque se había llenado de la vida de los otros y no la suya.



VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS Y DEL PROCESO DE CAMBIO.

En función de los instrumentos de análisis

A continuación se muestra una tabla con las puntuaciones de los diferentes cuestionarios en el inicio del tratamiento y en la sesión número dieciséis.

SCID-I:

Pre:

- Depresión Mayor.
- Trastorno de angustia con agorafobia.
- Trastorno por Estrés Postraumático.

Post:

- Depresión Mayor.
- Trastorno de angustia con agorafobia.
- **ha dejado de cumplir criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático.**

Resultados cuantitativos

■ Rejilla de constructos personales (Kelly)

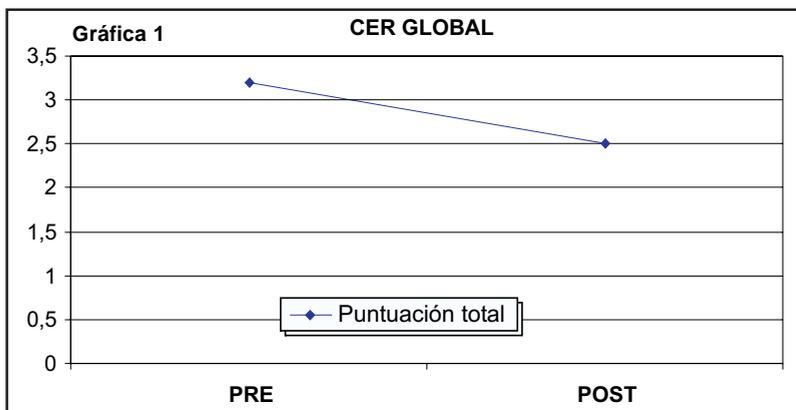
	Pre	Post
o Porcentaje de varianza:	53%	42%
o Polarización:	65%	40%
o Número de dilemas:	2	2
o Índices cognitivos:		
□ Yo- ideal:	-0,03	0,26
□ Yo- otros:	0,03	0,22
□ Ideal- otros:	0,19	0,22

Perfil de resentimiento —————> Perfil de positividad

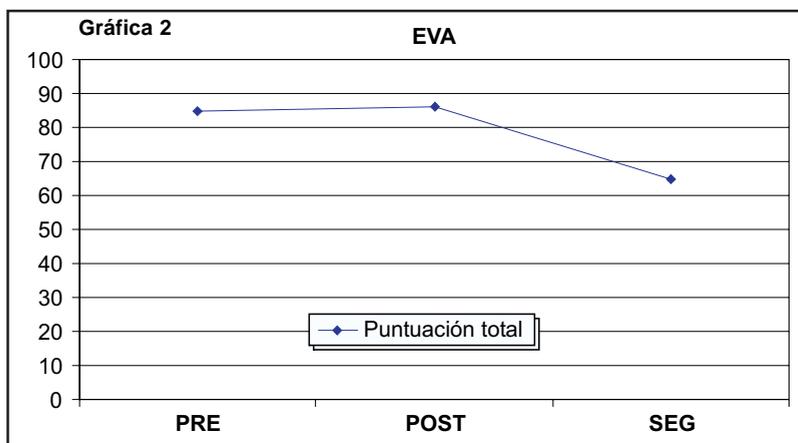
A continuación se muestra una tabla con las puntuaciones de los diferentes cuestionarios en el inicio del tratamiento (Pre) y en la sesión número dieciséis (Post).

Cuestionario	PRE	POST
BDI-II	52	42
C.E.R.	3,19	2,5
EVA	85	86
FIQ	94,2	87,48
HAD- ANSIEDAD	15	18
HAD - DEPRESIÓN	15	12

Teniendo en cuenta simplemente los datos cuantitativos recogidos por los cuestionarios, podemos ver que en general las puntuaciones han disminuido si bien continúan siendo significativas puesto que se encuentran todas por encima del punto del corte. (Ver gráfica 1).



Esto tiene que ver con varios aspectos: uno es el hecho de que el proceso de cambio durante las dieciséis sesiones simplemente se inició. Otro es que se trata de un proceso de cambio lento y a largo plazo. Este proceso de cambio que ya se había empezado a dar y que se puede ver sobre todo a nivel cualitativo tal y como recoge la paciente y la terapeuta a continuación. Cambios que además se mantienen en las sesiones de seguimiento, tal y como puede verse en la gráfica 2 que representa la evaluación del dolor.



Según la perspectiva del paciente

El cambio experimentado por la paciente fue grande, ella misma así lo expresó: “he podido hablar de mis problemas que tenía antiguos, sacarlos un poco fuera y

EXPRESAR EL DOLOR QUE TENÍA DENTRO y entonces pues me ha venido muy bien”. “Veo diferente que ahora me relaciono más, que puedo hablar con más gente, o pararme, o salir más, que antes estaba metida en casa y no salía y estoy contenta”. Pudo experimentar que merecía la pena como persona y fue capaz de poder aceptar mi regalo: la rosa como símbolo de mi cariño hacía ella, sin esperar ni tener que darme nada a cambio.

Hubo también un cambio de significados, una redefinición acerca del dolor en su vida, como un duelo de su proyecto vital, de esa pérdida de expectativas de lo que le hubiera gustado que fueran sus padres y no fueron. Y sobre todo de lo que le hubiera gustado que fuera su vida. Recalcaba un gran sentimiento de impotencia, cuando a causa de los dolores que tenía no podía trabajar, pues afirmaba eso era lo que le más deseaba.

Ella se había planteado crear una familia unida y junto con su marido criar a sus hijos y poder trabajar. Y no en cambio, tener que sacarlos adelante sola y recibir la invalidez por larga enfermedad.

II. CASO SARA

PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE: Sara es una mujer de 65 años, casada y con cuatro hijos, procedente de Galicia pero que reside en Barcelona desde que tenía 15 años. Había trabajado limpiando despachos de lunes a viernes y en una inmobiliaria vendiendo pisos los fines de semana, aunque en los últimos años trabajaba menos días debido a los dolores y agotamiento físicos producidos por la fibromialgia. En la actualidad está jubilada. Su nivel sociocultural es bajo y su nivel de estudios es mínimo. Su marido tiene 73 años, es de Barcelona y también está jubilado. Cuando estaba en activo, cambiaba continuamente de trabajo, siendo el último de comercial en la misma inmobiliaria que la paciente. Sus hijos, todos varones, tienen 42, 37, 34 y 29 años. El mayor vive en Brasil y se casó allí; el de 37 tiene pareja y conviven juntos; el de 34 años tiene pareja y una hija de tres años, y el menor tiene pareja con la que convive. Los padres de Sara están ambos muertos y ésta tiene dos hermanos y dos hermanas de los cuales sólo vive en Barcelona la hermana mayor, con la cual mantiene más relación. Al empezar la terapia Sara y su marido vivían solos, pero en el transcurso de ésta su hijo de 37 años y su pareja se mudaron a su casa por motivos económicos.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA: Sara es derivada por la psiquiatra del Centro de Salud Mental que colabora con el estudio sobre fibromialgia que se realiza en la Universidad de Barcelona. Acudió al centro por sus síntomas depresivos, cumpliendo criterios para la depresión mayor en el SCID II. Su demanda en términos generales es estar más tranquila, lo que se concreta en no estar tanto por los demás, cuidarse más y aprender a decir que no.

HISTORIA DEL PROBLEMA: Sara nace en Galicia donde, desde bien pequeña, trabaja en el campo con sus padres. Su padre abre un bar en Barcelona y, a la edad de quince años, Sara se muda con su familia para trabajar en él. Por aquel entonces relata vivir atemorizada por su padre a quien describe como un hombre agresivo, autoritario y déspota tanto con ella como con su madre. A la madre la describe como una mujer sumisa y víctima impotente de los continuos abusos de su padre.

Su infancia está caracterizada por asumir responsabilidades excesivas y sufrir continuas invalidaciones por parte de su padre. Sara no tuvo sus necesidades afectivas cubiertas ni un entorno favorable para el desarrollo de su núcleo volitivo y criterio personal (**anomia**). Pasó de una regulación **prenómica** a una regulación **heteronómica**, desde el miedo y la autoridad de su padre.

Conoció a su marido en el bar. Empezaron a verse y cuando se enteró su padre le dijo que o se casaba en un año o no le dejaba verle más. A su padre nunca le gustó su marido, decía que no era un buen hombre y que no le convenía. Sara, en un deseo desesperado de salir de la situación en que estaba y como un acto de rebeldía hacia la autoridad de su padre, decidió seguir con él. Ella no era capaz de salir de su casa sola, sustituyó el vínculo parental por el de pareja adoptando una posición **socionómica**. Sara proyectó en este hombre tanto la figura del salvador como su felicidad, manteniéndose en el eje alocentrado.

En cosa de un año apenas sin conocerlo, se vio casada y viviendo en un piso que les dejó un tío del marido. No tardó mucho tiempo en darse cuenta del error que había cometido. Su marido distaba mucho de aquel hombre cariñoso y atento que ella había idealizado. Resultó ser una calcomanía de todos los aspectos que más odiaba de su padre. Sara entró en crisis, sintió que no era lo que quería, y, en un intento de rectificar, corrió a hablar con sus padres pidiéndoles ayuda. Sara se posicionó **heteronómicamente**, necesitaba de la autoridad de su padre para tomar esa decisión, ya no era capaz de escucharse y fiarse de lo que quería, su **anomia**. Éste la recriminó por no haberle hecho caso en un primer momento y le dijo que ahora tenía que “apechugar” con su situación. Sara se volvió a acoger al criterio externo, ignorando lo que sentía y quería. Desolada y desesperanzada, se resignó y volvió a casa a asumir el destino que se había forjado como irrevocable.

Sara intentó salvar la situación y devolverle el sentido a su vida teniendo a sus hijos. Creo así un proyecto existencial desde la **socionomía vinculante oblativa**. Así, no es de extrañar, que describa la época de crianza de sus hijos como la más feliz de su vida. A pesar de trabajar de lunes a viernes limpiando y cuidar a sus hijos sola, ya que su marido pasaba la mayor parte del tiempo fuera de casa, Sara se sentía feliz. Se dedicaba con esmero a llevar siempre a sus hijos “como una patena” y a que no les faltase de nada, trabajando las horas que hiciera falta para cubrir los gastos y responsabilizarse de lo que su marido era incapaz de asumir.

Este frenesí de obligaciones y tareas le dejaban poco tiempo para pararse a pensar y sentir en qué se estaba convirtiendo su vida. Ya le iba bien. Pero su cuerpo

empezaba a resentirse. Relata que ya, por aquel entonces, los dolores empezaban a hacerse presentes de forma puntual y localizada en partes del cuerpo como la espalda y cuello. También iba notando un cansancio y fatiga que parecían fuera de lo normal.

La cosa se mantuvo así hasta que Sara cumplió los 50 años y coincidieron varias situaciones: la menopausia y el inicio de la marcha de sus hijos. Sara entró entonces en una **crisis existencial**. Empezó a sentir el vacío, la tristeza y el dolor que suponía la pérdida de todo aquello que había dado sentido a su vida. Allí fue cuando la **fibromialgia** hizo su aparición con toda su intensidad junto con unos sentimientos de decepción hacia sus hijos y de rabia. Sentía también culpabilidad por saber que su mala relación con el marido y el comportamiento de éste con ellos había influido mucho en su marcha precipitada. La rabia por no ser capaz de expresar su disgusto, **anomia**, se vio reprimida por un sentimiento de culpa **heteronómica** dando lugar a la aparición del síntoma.

Sara se fue refugiando en un rol de víctima del destino y adoptó la queja como válvula de escape. Retomó la **posición prenómica** originaria, que había estado compensando primero desde la **heteronomía** al vivir con sus padres, y después desde la **socionomía vinculante oblativa** con la relación de su marido e hijos.

Poco a poco Sara se iba construyendo como una persona cobarde, negativa y con pocas posibilidades y recursos para afrontar las situaciones de su vida. El hecho que hizo que Sara tocara fondo fue la jubilación de su marido. Hasta entonces, su marido trabajaba y prácticamente estaba fuera de casa toda la semana. Uno de sus hijos y su pareja tuvieron una hija, haciéndola así abuela, Sara, desde una **posición socionómica vinculante oblativa**, volvió a encontrar algo de sentido a su vida y compensó la **regulación prenómica** mejorando de la depresión.

Sara había tenido que dejar de trabajar debido a los dolores y agotamiento provocados por la **fibromialgia** y contaba con tiempo y libertad hasta que su marido se jubiló. En ese momento se reencontró con la persona con la que se había casado y su libertad se vio cortada de golpe. Relata que el marido desarrolló unos celos patológicos controlándola continuamente y no dejándola salir sola a ninguna parte. Se empezó a obsesionar con el sexo, exigiéndolo como un derecho y demandándolo continuamente a pesar de las negativas y resistencias de su mujer. La chantajeaba cuando venían los hijos con portarse mal con ellos para que no volvieran si Sara no le proporcionaba lo que quería y cuando él quería. Sara, movida tanto por el miedo a una reacción agresiva del marido como por el miedo a la pérdida de lo único que le proporcionaba satisfacción y sentido, accedía a todo sin rechistar. Esto provocó que tanto la situación con su marido como la autoestima de Sara no hicieran más que empeorar. Sara desarrolló un **conflicto** entre lo que deseaba, salir de esa situación (**anomia**), y la culpa que le producía el pensar en dejar al marido y no cumplir con su obligación de mujer, (**heteronomía**).Desarrolló síntomas de ansiedad; pero el sentimiento de impotencia ante la situación terminó por dominarla y sumirla en la

resignación, retrocediendo de nuevo a la **regulación prenómica**. Reaparecen los síntomas de depresión con los que llega a terapia. Los síntomas que relata Sara en la primera sesión de psicoterapia son los siguientes:

- Dolor físico (en más de once puntos distribuidos por todo el cuerpo), falta de energía, anhedonia, tristeza alternada con rabia, insomnio, episodios de ansiedad con sensación de claustrofobia y falta de ilusión por la vida e incapacidad de encontrarle sentido.

EL PROCESO DE PSICOTERAPIA

Podríamos dividir el proceso de terapia de Sara en las siguientes fases atendiendo a las emociones, sentimientos y actitudes que ésta pone de manifiesto en el transcurso de la terapia:

Fase de resignación

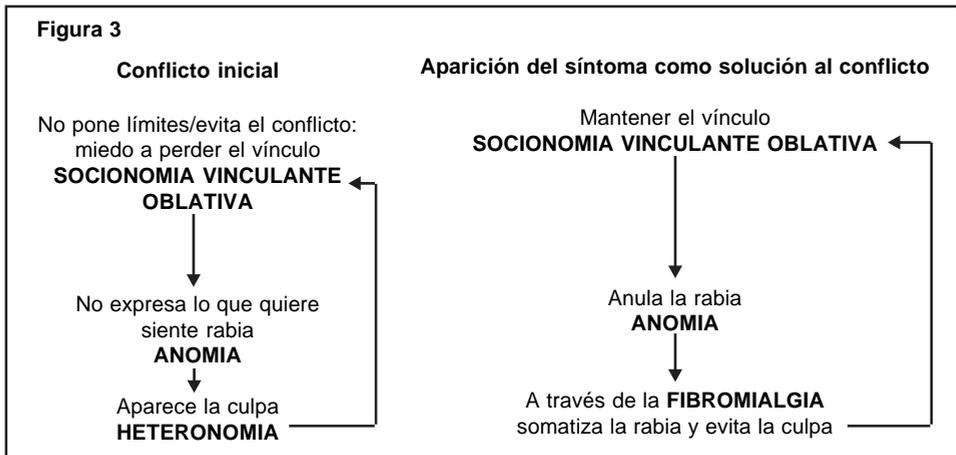
Cuando Sara llega a terapia predominan los síntomas depresivos, llega regulada desde una **posición prenómica**. Le inunda una sensación de hundimiento profundo y se ve sumida en un pozo sin fondo. Es incapaz de encontrar sentido a su vida y no tiene ningún tipo de ilusión que le ayude a salir adelante. Tiene una visión catastrófica de su pasado, del presente y del futuro. La paciente no logra ver salida a la situación en la que está, y encuentra en la queja una válvula de escape que le permite expresar su desdicha. Sin embargo, es esta misma conducta de queja la que la mantiene en una posición de víctima que imposibilita vislumbrar y movilizar cualquier tipo de recurso. Este rol pasivo, que justifica achacándolo todo a la mala suerte y a los genes heredados de su madre (**atribución externa, prenomia**), desemboca en un sentimiento de impotencia e incapacidad, que se alternan con momentos en los que siente rabia y se quiere rebelar (**anomia**). Aquí aparecen síntomas de ansiedad. La propia identidad construida como cobarde le sirve de refugio y excusa para apaciguar la ansiedad y quedarse en la impotencia. El trabajo terapéutico, en ese momento, se orientó a crear y consolidar la alianza terapéutica. Se acogieron sus quejas mediante escucha empática y se le mostró, tanto de forma verbal como no verbal, aceptación y apoyo incondicional a su persona, así como comprensión de la magnitud de la situación en la que relataba encontrarse.

Fase de rabia y culpa

Conforme avanza la terapia, se pone de manifiesto que Sara vive en una lucha constante por mantener su identidad de buena persona y hace conductas que cree que se adecuan a ese ideal sin tener en cuenta si es eso realmente lo que quiere o necesita. Entra así en un dilema constante entre hacer lo que cree que es correcto (**heteronomía**) o hacer lo que siente que desea y necesita (**anomia**). Esto le causa problemas en las relaciones que mantiene con los demás y con ella misma, ya que vive en un continuo mar de dudas y sentimiento de culpa que no le permiten disfrutar

de nada de lo que hace.

De forma más concreta y volviendo a su demanda, Sara se siente incapaz de decir no o poner ningún tipo de límites a los demás. De la única forma que lo consigue es mediante el dolor incapacitante de la **fibromialgia**. Entonces se siente legitimada para pensar en lo que a ella le conviene y evita el sentimiento de culpa por no cumplir con su rol de buena persona con respecto a los demás. Para Sara el ser buena persona entra en contradicción con pensar en ella misma, lo que ella vive como ser egoísta. Sara explica episodios donde es incapaz de expresar lo que piensa o siente por miedo a que los demás la vean como mala o egoísta y, en última instancia, perder su afecto (**posición sociométrica vinculante olativa**). Acaba aceptando las demandas de los demás sin rechistar y haciendo más cosas de las que le permite la fibromialgia creyendo que así evita conflictos y protege las relaciones. El resultado es un agotamiento tanto físico como mental, y una rabia hacia los demás por exigirle más de lo que ella puede dar, sabiendo que parte de la responsabilidad la tiene ella por ser incapaz de poner límites. Para solucionar el **conflicto** que le causaba el sentir rabia al no expresarse (**anomia**), junto con el sentimiento de culpa por la percepción de la inadecuación de esa rabia (**heteronomia**) y con el fin último de preservar las relaciones (**socionomía vinculante olativa**), Sara “**sacrificó**” la rabia y la expresión de sus deseos (**anomia**) somatizándola en forma de dolor, **fibromialgia**, evitando así la culpa pero creándose un problema mayor. (Fig.3):



El miedo

El caso del marido era una cuestión delicada. El marido la había maltratado constantemente a través de agresividad verbal, humillaciones y descalificaciones llegando a empujarla y zarandearla en ocasiones y a someterla sexualmente a su antojo. El miedo a disgustarle y a su reacción si ella se opusiera, le habían paralizado a la hora de plantarle cara.

Durante la terapia Sara menciona a menudo la posibilidad de separarse de su marido, pero no se lo plantea seriamente debido al miedo a que los hijos no la entendieran (anticipando la pérdida de su afecto) y a la posible reacción violenta del marido.

El tema del miedo fue tomando el protagonismo conforme avanzaba la terapia. Un miedo que se materializaba en evitar acciones con personas concretas y que, en general, se refería al proceso de cambio en sí. Sara sabía lo que pasaría si seguía igual, sin escucharse a sí misma, sin expresar sus necesidades (**anomia**) y sin poner límites a los demás. Anticipaba consecuencias altamente indeseables si eso cambiaba.

Podríamos relacionar su vivencia con el ciclo de experiencia de la Teoría de los Constructos Personales (Kelly, 1955; 2001; Botella y Feixas, 1998). La hipótesis o anticipación con la que Sara afronta la experiencia podría expresarse así: “*Si hago lo que yo quiero, los otros se enfadarán*” de la cual se derivaría un miedo a perder la relación y a no ser querida, lo cual denota una alta implicación en el resultado. La paciente evitaría la situación dificultando el encuentro con el acontecimiento motivo por el que la anticipación no podría ni validarse ni invalidarse y no se daría lugar a la revisión constructiva del sistema. Eso explicaría la persistencia de su miedo y su pasividad ante su situación.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN ESTA FASE

- Se reformuló el constructo “egoísta” por “autocuidado” para que pudiera verse coherente con el ser “buena persona”.

TRABAJO CON EL DOLOR

- Sara identificaba que las situaciones conflictivas en las que no conseguía expresar lo que sentía le aumentaban el dolor.
- La única actividad gratificante que realizaba era cuidar a su nieta, la cual acababa por agotarla aún más.
- La única manera que encontraba para poner límites a los demás sin sentirse culpable era a través de su enfermedad. El dolor la legitimaba. (Función del síntoma)
- Aquí el trabajo se orientó en la devolución de su funcionamiento por un lado, y, por el otro, favorecer el contacto con sus deseos y necesidades (**anomia**), y el reconocimiento de su legitimidad. Eso le permitirá tanto cuidarse y mimarse más, como encontrar fuentes de gratificación menos agotadoras que mitiguen la percepción del dolor.

APERTURA DEL CICLO DE EXPERIENCIA

- Se le iba animando, respetando su ritmo, a afrontar sus miedos y expresar lo que sentía y quería en situaciones de menor a mayor significación identificados previamente por Sara.

CONFRONTACIÓN CON UNA POSICIÓN DE RESPONSABILIDAD

- Se le reconoció que hasta ahora no había podido escoger en su vida debido a sus circunstancias, pero que tenía ahora una oportunidad de elegir cómo quería que fuese el resto de su vida y que de su elección dependería el resultado y satisfacción de ésta.

De la esperanza a la desilusión

En esta fase de la terapia Sara ve una solución a todos sus problemas desde fuera, es decir, a través de cambiar su relación con su marido. Hasta ahora, y desde el momento de la jubilación del marido, la relación marital era totalmente insatisfactoria. Relataba cómo su marido se comportaba de manera egoísta y déspota continuamente y sin dar ninguna muestra de cariño ni consideración hacia ella. La única manera que Sara encontró para sobrellevar la relación fue pasando el menor tiempo posible con él. Ello le ocasionaba diversos problemas, por un lado, con el propio marido ya que los celos y sus ganas de controlarla no la dejaban respirar y, por otro lado, llevándola a comprometerse con cuidar a su nieta, como única vía de salida que el marido aceptaba, incluso cuando estaba agotada y dolorida.

La situación siguió igual hasta que su marido visitó a un andrólogo por un problema de eyaculación precoz, tema que lo tenía muy preocupado. En el transcurso de la terapia del marido, Sara fue llamada para participar y explicar su vivencia. Por primera vez, Sara pudo dar voz a sus quejas delante de su marido en un entorno “seguro” a pesar de temer las represalias al llegar a casa. Sara llegó a plantear delante del andrólogo la posibilidad de la separación si su marido no cambiaba. Ante la encerrona y el miedo a quedarse solo, el marido prometió cambiar dando la impresión de que entendía lo que su mujer le pedía y su parte de responsabilidad en el problema.

Cuando Sara explica esto en nuestra terapia, lo hace con una luz de esperanza en sus ojos. Tiene la ilusión de que si su marido cambia, todos sus problemas se resolverán y podrá estar tranquila de una vez. En este punto, la terapia se vio interrumpida por un periodo vacacional en el que la paciente se instaló con su marido en el apartamento que tenían en la playa, lejos de la ciudad, de sus hijos y de su nieta. Fue allí donde Sara se encontró con la cruda realidad.

Su marido, lejos de cambiar, se mostró más autoritario y controlador que nunca, haciéndole la vida imposible. Sara vio todas sus expectativas fallidas y pasó de la ilusión a la desilusión más grande entrando en una profunda crisis. Relata vivir un continuo nerviosismo y no poder parar de llorar, se siente desorientada y, sobretodo, decepcionada.

Aparecen síntomas ansiosos y depresivos que consigue sobrellevar a base de valerianas, paseos en la playa y, también, con una larga llamada telefónica a la terapeuta. (Fig.4)

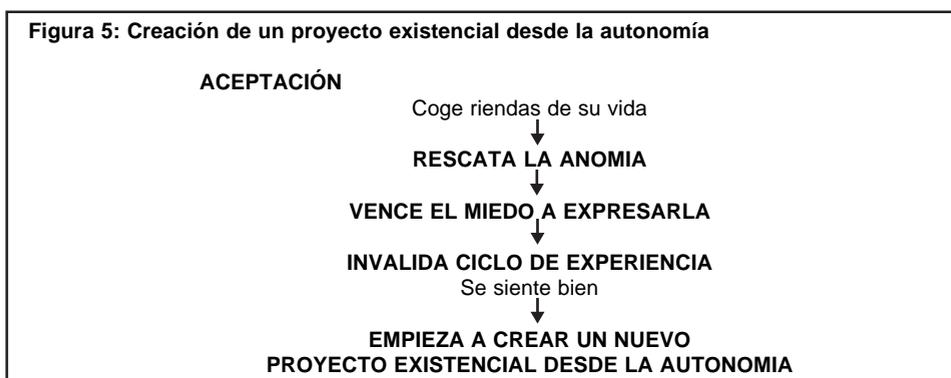


Fase de aceptación

Al ver que su marido no iba a cambiar, Sara aceptó su situación y empezó una movilización desde dentro.

Cogió las riendas de su vida y empezó a tomar decisiones desde lo que ella quería y necesitaba: vencer el miedo y enfrentarse a su marido. Se atrevió a plantarle cara y le amenazó con separarse e irse de vuelta a casa sin él si no la dejaba hacer lo que ella quería y cesaba de controlarla. Explica ver un asomo de temor en la cara de su marido.

A partir de ahí, Sara se envalentona, empieza a salir sin darle explicaciones, a no volver para hacerle la comida, y a plantearse qué es lo que ella necesita y quiere para sentirse bien (conexión con la **anomia**). Empieza una búsqueda activa de sentido a su vida en sintonía con lo que ella siente que es (**proyecto existencial desde la autonomía**). (Fig.5)



Nuevo ciclo de experiencia

Al permitirse el encuentro con el acontecimiento (*afrentar el miedo*) y dejar de evitar, se ha permitido la **invalidación de su anticipación** (“*Si hago lo que quiero los otros se enfadarán y los perderé*”) dándose así una revisión constructiva del sistema que le permitió cambiar tanto su experiencia como la construcción de sí misma. Como consecuencia, el cambio se consolidó y generalizó a otros ámbitos de su vida.

Fase de consolidación y generalización

Cuando Sara vuelve a terapia después de vacaciones parecía otra persona. Explica que tras el episodio de plantarle cara a su marido, poco a poco ha ido perdiendo el miedo tanto a éste como a poner límites y decir lo que siente a sus hijos y a otras personas sin sentirse culpable, mostrando **signos de autonomía**. Dice sentirse más fuerte, segura y valiente a la vez que tiene ganas de apuntarse a las actividades que siempre había querido hacer, habiéndose ya apuntado a clases de catalán y de Tai-Chi. Dice haber encontrado un nuevo sentido a su vida y no tener síntomas de depresión y ansiedad.

Fase de finalización

Durante el cierre de la terapia se le leyó y entregó una carta hecha por la terapeuta, donde:

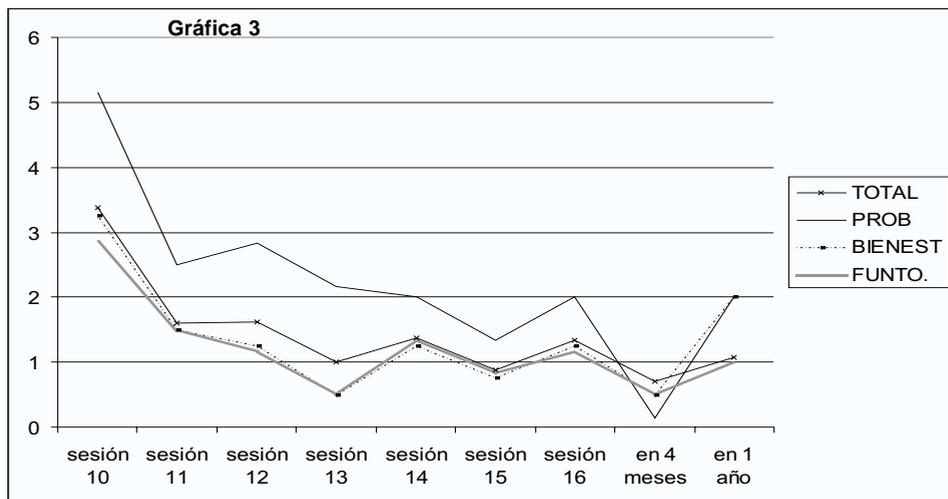
- Se hacía una reconstrucción de su historia de vida dotándola de nuevos significados y dando un sentido a los sufrimientos relatados por Sara.
- Se resumió el proceso de terapia apuntando sus logros y recursos como algo que había iniciado en terapia, pero que estaba en su mano el continuarlos y mantenerlos fuera de ésta.

EVALUACIÓN

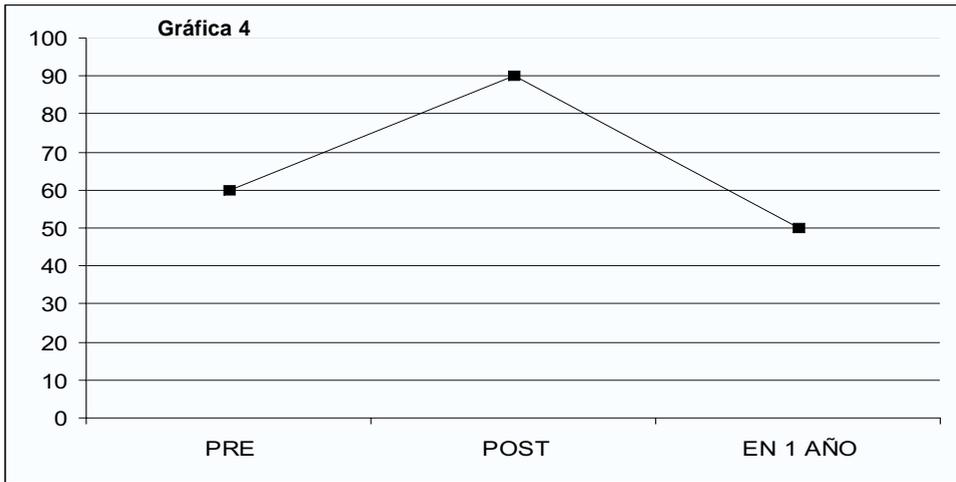
	PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
FIQ	85	65.19
HADS	Depresión 17 Ansiedad 16	Depresión 8 Ansiedad 11
EVA	60/100	90/100
BDI-II	53	16
LA REJILLA:		
Correlación YO-IDEAL	0.140	0.500
Correlación YO-OTROS	0.100	0.180
Correlación IDEAL-OTROS	0.291	0.373
POLARIZACIÓN	46,032	68.651
PTC Varianza Primer factor	61.02	65.68
DILEMAS IMPLICATIVOS	21.90	17.61

RESULTADOS

- Al terminar la psicoterapia ya no cumple criterios de depresión mayor (SCID-II).
- Después de un año, se observa un ligero empeoramiento en el CER. Este cuestionario, en el caso de esta paciente, se empezó a pasar en la sesión número 10 puesto que no lo habíamos hecho en casos anteriores, y pensamos nos podría proporcionar una información valiosa de la evolución sesión a sesión. (Ver gráfica 3)



- La paciente explica que estaba muy bien hasta que le diagnosticaron una posible rotura de la vena aorta en el estómago que podría haberle provocado la muerte, cosa que la perturbó notablemente. Parece estar controlada.
- Manifiesta molestias estomacales y está pendiente de pruebas médicas.
- También muestra una preocupación por sus hijos que no acaban de estabilizarse.
- El tema de su marido sigue sin solucionarse, a pesar de que casi no pasa tiempo con él y ya no le tiene miedo.
- En el EVA vemos una mejoría del dolor, notable respecto a la evaluación POST, y ligera respecto a la PRE. (Ver gráfica 4)



- La paciente realiza actividades gratificantes a diario desde que acabó la terapia: Tai-Chi, catalán, sardanas, coral.
- Se mantienen las dificultades para dormir y la necesidad de descansar a la mitad del día.
- Dice estar peor de la osteoporosis y de la artrosis, por lo que es difícil valorar la eficacia de este tratamiento específicamente para la fibromialgia.

CONCLUSIONES

Análisis comparativo de los casos, en relación a la teoría del desarrollo moral

Observamos que en ambos casos las pacientes presentan similitudes en cuanto a su historia y posicionamiento moral. Así ambas tienen en común:

Infancia

1. Ausencia de cuidado y protección en la infancia temprana.
2. Excesivas responsabilidades, entorno autoritario y poco o nada afectivo.
3. Infancia secuestrada, impedimento del desarrollo de su anomia en el momento evolutivo correspondiente. Salto de la prenomia a la heteronomia.

Adolescencia

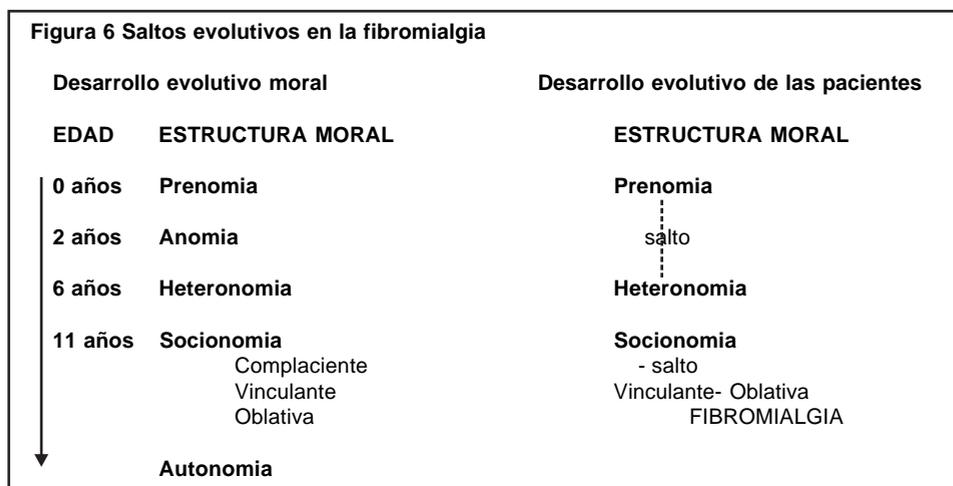
4. Adolescencia truncada, pasaje de la heteronomía a la socionomía oblativa sin el desarrollo de la socionomía complaciente más propia de la adolescencia.

Inicio vida adulta

5. Elección y unión a la pareja desde la idealización de un salvador como escape de la situación en la que se encuentran.
6. Proyecto existencial desde la socionomía vinculante oblativa: creación y cuidado de una familia.
7. Escasa red de apoyo social, abandono de los propios intereses y cuidado personal.
8. Aparición de dolores puntuales sin conciencia de enfermedad.

Madurez

9. Síndrome del nido vacío, frustración del proyecto existencial: crisis vital.
10. Aparición de síntomas, primer contacto con ellas mismas: el vacío, el dolor, y la emoción predominante es la rabia.
11. Crisis vital. Construcción del dolor como síndrome fibromiálgico: la estructura desde la que funcionaban ya no les sirve (socionomía vinculante oblativa). Surgimiento del conflicto: anomia (no legitimada, ni integrada) vs. socionomía vinculante oblativa.
12. Posición prenómica originaria: mis necesidades son obligaciones para los otros. Ausencia de responsabilidad propia, intento fracasado de que los otros asuman esa función.
13. El cúmulo de la no legitimación, ni aceptación del dolor y de sus emociones, hacen que la situación se perpetúe y empeore. Momento en el que las dos pacientes llegan a terapia.



Pese a las diferencias individuales en relación a la historia y a las experiencias vividas por cada una de las pacientes en cuestión, a nivel de funcionamiento moral ambas pacientes parten de una regulación sociométrica vinculante oblativa por la

cual dan y se sacrifican por los demás esforzándose y anulándose por ellos hasta el agotamiento físico y moral, esperando recibir amor y reconocimiento a cambio. Cuando el esfuerzo no es correspondido, la expectativa sacionómica no se cumple, se produce, entonces, la invalidación de su identidad social puesto que pierden la única fuente de validación de la que disponen: los otros.

Según la posición sacionómica vinculante oblativa la persona se llena de los demás sin llenarse de sí misma, ya que no es capaz de validarse internamente lo que genera un vacío de entidad y de identidad. La persona intenta llenar este vacío mediante el reclamo de un amor y un reconocimiento que es incapaz de darse a sí misma, de manera que depende de los otros para validarse. Esto convierte a los demás en su única fuente de validación.

Cuando **la expectativa sacionómica no se cumple** aparecen diversos sentimientos que pueden ir oscilando: el fracaso y la sensación de inutilidad; la decepción que da lugar a la sensación de vacío, y/o la frustración que origina el sentimiento de impotencia.

Si se otorga el significado de fracaso a la experiencia, las pacientes acuden a la regulación heteronómica. Se preguntan qué han hecho mal o sienten que no han hecho bastante, aparece el sentimiento de culpa al no sentirse capaces de continuar haciéndose cargo de todo, lo que les llevaría a un estado depresivo. Compensan este estado potenciando de nuevo la regulación sacionómica oblativa que les permite seguir funcionando.

Esta regulación heteronómica les lleva a aumentar el esfuerzo, produciendo un agotamiento que da lugar a un estrés físico y emocional causante de dolor o estrés hasta el agotamiento. Dicho dolor al que no encuentran explicación, les lleva a buscar un diagnóstico médico, el de fibromialgia, lo que las legitima socialmente proporcionándoles una nueva identidad desde la enfermedad. Se sienten con derecho, entonces, para pedir a los otros (sistema médico asistencial y sistema familiar) que las atiendan y cubran sus necesidades ya que ellas no se sienten capaces.

En este caso las pacientes se moverían en el eje alo-centrado, es decir, reguladas desde el exterior ya sea por un criterio impersonal (heteronomía) o a través de mantener el vínculo con los otros mediante el sacrificio personal (sacionomía vinculante oblativa).

Cuando la expectativa sacionómica no se cumple puede aparecer también el sentimiento de decepción y vacío, las pacientes, a través de la tristeza, contactan con sus necesidades y pasan a regularse desde la prenomía originaria.

El contacto con sus necesidades les lleva a conectar con el estrés físico y emocional acumulado, perceptible en la sensación del dolor característico del síndrome fibromiálgico, un dolor que no es imaginario sino real, repitiéndose el proceso de búsqueda del diagnóstico, con la consecuente legitimación social desde la nueva identidad de enferma, esperando que el sistema médico y familiar cubra y

atienda sus necesidades como resultado de la percepción de su incapacidad.

Al constatar que el deseo de correspondencia por parte de los demás es en vano la sensación predominante es la frustración, dando lugar a una respuesta en que se alternan rabia e impotencia.

Esta rabia puede encontrar dificultades para su expresión dando lugar a una somatización que derivaría en estrés físico y emocional relacionado con el dolor y su consecuente búsqueda de diagnóstico, como legitimación social desde la nueva identidad de enferma y la expectativa de que el sistema asistencial y familiar se haga cargo de sus necesidades por su sentimiento de incapacidad.

Puede manejarse también de forma pasivo-agresiva, es decir, expresándola a través de la queja con la finalidad de que tanto el sistema médico asistencial como el sistema familiar las atiendan y cubran sus necesidades sintiéndose ellas incapaces.

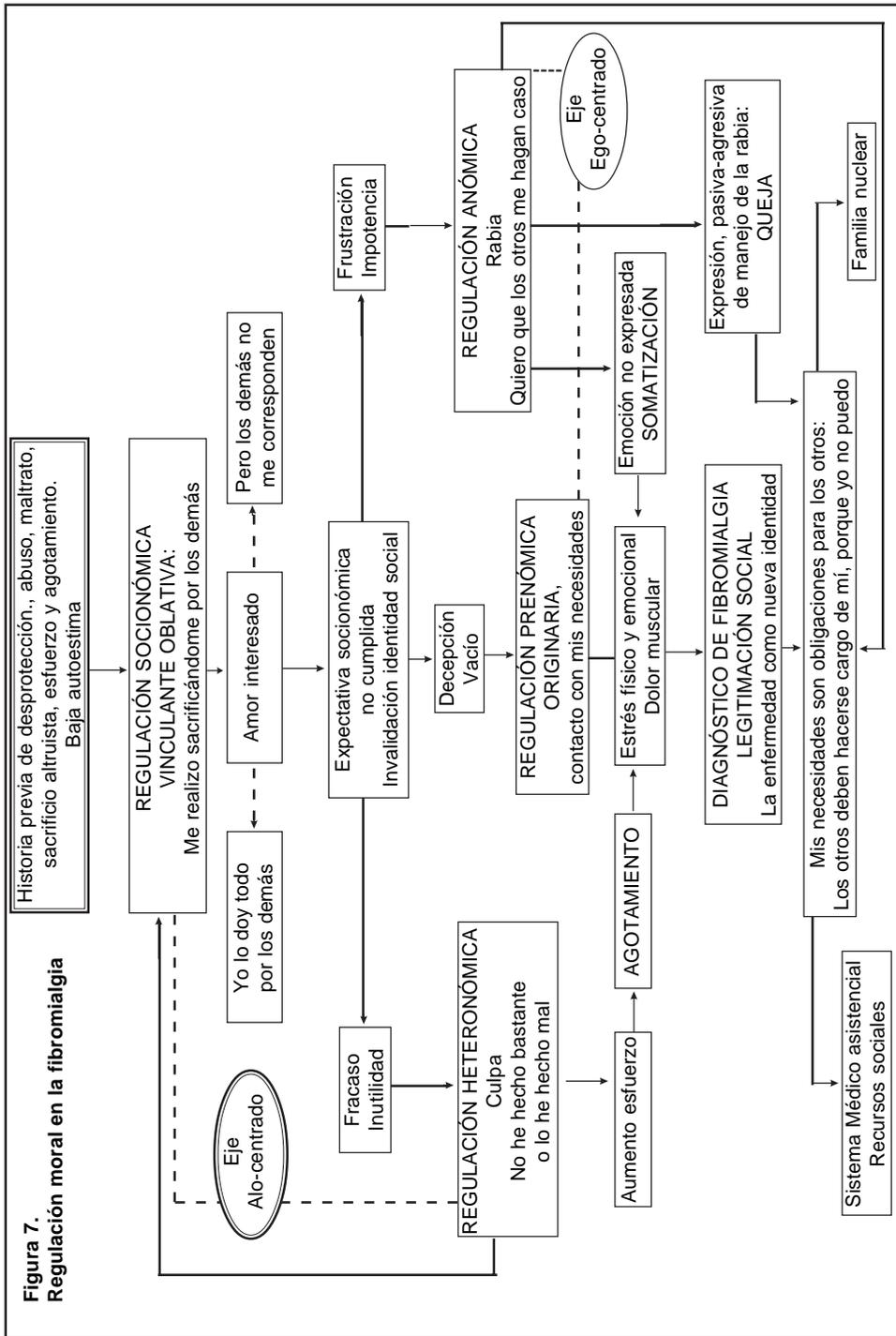
Al regularse tanto desde sus necesidades (prenomia) como desde sus reacciones emocionales de rabia (anomia) intentan en ambos casos recuperar el eje egocentrado que habían perdido en su trayecto o historia vital, para volver a centrarse en ellas mismas, aunque sea a costa de su autonomía. (Ver figura 7).

Criterios para una intervención terapéutica

Validación, empatía, creación de un vínculo terapéutico y un entorno seguro facilitador de la expresión emocional.

Fases en el proceso terapéutico

1. Trabajo con la demanda, acogida y profundización.
2. Reformulación de la demanda en términos psicológicos abordables.
3. Relacionar síntoma con momento vital: contextualización.
4. Recorrido de la historia vital desde la construcción hecha por las pacientes.
5. Reconstrucción de su historia de vida dotándola de nuevos significados que le permita un crecimiento personal. Reformulación del dolor como un duelo (aceptación de la pérdida del proyecto vital inicial, fases del duelo: negación, rabia, tristeza, aceptación, reconstrucción) y una posibilidad de cambio y de evolución.
6. Devolución a la paciente de su funcionamiento y posicionamiento moral:
 - Posición sacionómica vinculante oblativa.
 - Función del síntoma: legitimar deseos y necesidades desde la prenomía y la fibromialgia.Flexibilización de la estructura sacionómica oblativa vinculante (integración prenomica y anómica tomando en cuenta necesidades y deseos: fomento del autoconocimiento).
7. Trabajo con las emociones (miedo-rabia, pasar de la impotencia a la potencia , desarrollo de la capacidad de elección y el posicionamiento



- como agente activo de su vida)
8. Trabajo en el reconocimiento, legitimación e integración de la anomia, conocer los propios límites para poder expresarlos a los demás si fuera necesario.
 9. Trabajo con la posición prenómica: Concienciación de la libertad y responsabilidad de su vida con el fin de posicionar activamente a la persona ante su vida y movilizar hacia un estilo atribucional interno.
 10. Reconstrucción de su identidad hacia la autonomía
 11. Nuevo proyecto vital-existencial desde la autonomía (resolución del duelo).

COMENTARIOS FINALES

Puesto que cada proceso de terapia es diferente y cada persona parte de unas circunstancias y problemática idiosincrásicas, trabajar con un formato cerrado como el que presentamos en este trabajo limita la adaptación de la terapia al proceso de cambio personal pudiendo dar lugar a procesos inacabados.

Una de las dificultades encontradas a la hora de valorar la eficacia de esta intervención específicamente para la fibromialgia ha sido la existencia de otros problemas y enfermedades físicas que ocasionan dolor además de la misma fibromialgia.

Debido a que uno de los cambios importantes de las pacientes es en relación a su posición vital, los instrumentos de evaluación cuantitativos tradicionales resultan insuficientes para reflejar el alcance de dicho cambio. Por ello consideramos pertinente la introducción de nuevos instrumentos de evaluación de tipo cualitativo como el Protocolo de entrevista de cambio terapéutico.

Nos gustaría resaltar que el trabajo terapéutico con este tipo de pacientes puede resultar complicado tanto para las pacientes como para el resto de profesionales, hasta el punto de poder provocar la sensación de que el proceso no avanza. La razón que nosotros encontramos a este hecho, es que es necesaria una fase inicial de terapia más larga. Fase en la que se recoge la demanda, se escucha la queja, y se crea el vínculo. Fase que dura hasta que la paciente siente que ha sido escuchada, entendida y aceptada, lo que le prepara para el inicio de la siguiente fase: la devolución de su funcionamiento. La fase inicial es especialmente importante en estas pacientes, ya que a menudo, no se han escuchado a sí mismas y cuando se han expresado lo han hecho desde la queja. Este hecho puede provocar el cansancio y rechazo tanto por parte de su entorno como de los profesionales que las atienden, potenciando en ellas la sensación de incomprensión y manteniéndolas en esa misma actitud de queja.

Para finalizar, señalar la escasa colaboración que hemos encontrado entre profesionales a la hora de transmitir el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Vemos la necesidad de un trabajo interdisciplinar (médicos, enfermeras, psiquia-

tras, fisioterapeutas, asistentes sociales etc.) dirigido a la consecución de unos mismos objetivos.

El presente trabajo plantea la intervención psicoterapéutica desde el marco del constructivismo y específicamente desde la teoría del Desarrollo Moral (Villegas, 2005, 2008) llevada a cabo con dos pacientes diagnosticadas de fibromialgia. A partir de estos dos casos, explicados brevemente, proponemos una serie de conclusiones e hipótesis sobre las modalidades de regulación moral de estas pacientes y la aparición de la fibromialgia, que pueden servir como marco para una mejor comprensión de la experiencia de la fibromialgia y la prosecución de nuevas investigaciones

Palabras clave: Fibromialgia, teoría del desarrollo moral, constructivismo, dolor, Psicoterapia

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psicología (2005), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Feixas, G., & Cornejo, J.M. (1996). Manual de la Técnica de la Rejilla mediante el Programa RECORD v.2.0. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., & Villegas, M. (2000). Constructivismo y Psicoterapia (3rd. Ed. Rev.) Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Villegas, M. (2005). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia*, 63/64, 59-132.
- Villegas, M. (2008). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Apuntes de Psicología*, 63/64, 59-132.