

LA REVISIÓN DEL CICLO DE EXPERIENCIA EN UN CASO DE FIBROMIALGIA

REVIEWING THE EXPERIENCE CYCLE IN A CASE OF FIBROMYALGIA

Clara Paz, Victoria Compañ y Mari Aguilera

Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Paz, C., Compañ, V., Aguilera, M. (2014). La revisión del ciclo de experiencia en un caso de fibromialgia. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 97-112.

Resumen

La Teoría de los Constructos Personales focaliza su atención en la participación activa del individuo en la construcción de la realidad. En este sentido la terapia fundamentada en estos postulados se interesa en entender cómo el individuo experimenta y construye su experiencia. Para explicar este proceso, Kelly propuso la noción de Ciclo de Experiencia que consta de cinco fases sucesivas e implica el fluir continuo entre cada una de ellas. Cualquier interrupción en una de estas fases imposibilita el proceso de construcción, lo cual podría manifestarse como malestar psicológico. En el presente trabajo se presenta un caso clínico donde se reconoce la interrupción de una de las fases del ciclo de experiencia y se explica la intervención realizada en favor de promover la revisión de ciclo de experiencia y por ende la reconstrucción de significados.

Palabras clave: Teoría de los Constructos Personales, ciclo de experiencia, depresión, fibromialgia, estudio de caso, terapia breve

Abstract

Personal Construct Theory focuses its attention on the active role of the person in constructing reality. In that sense, therapy based on this theory is interested on understanding how people experience and construct their reality. In order to explain this process, Kelly proposed the notion of the Experience Cycle which involves five steps organized as a continuum. Any disruption in one of these steps prevents the construction process and it could cause psychological distress. The present paper presents a single-case study in which it is possible to recognize a disruption in one of the steps of the experience cycle. The intervention promoted the revision of the experience cycle and as a result meaning reconstruction.

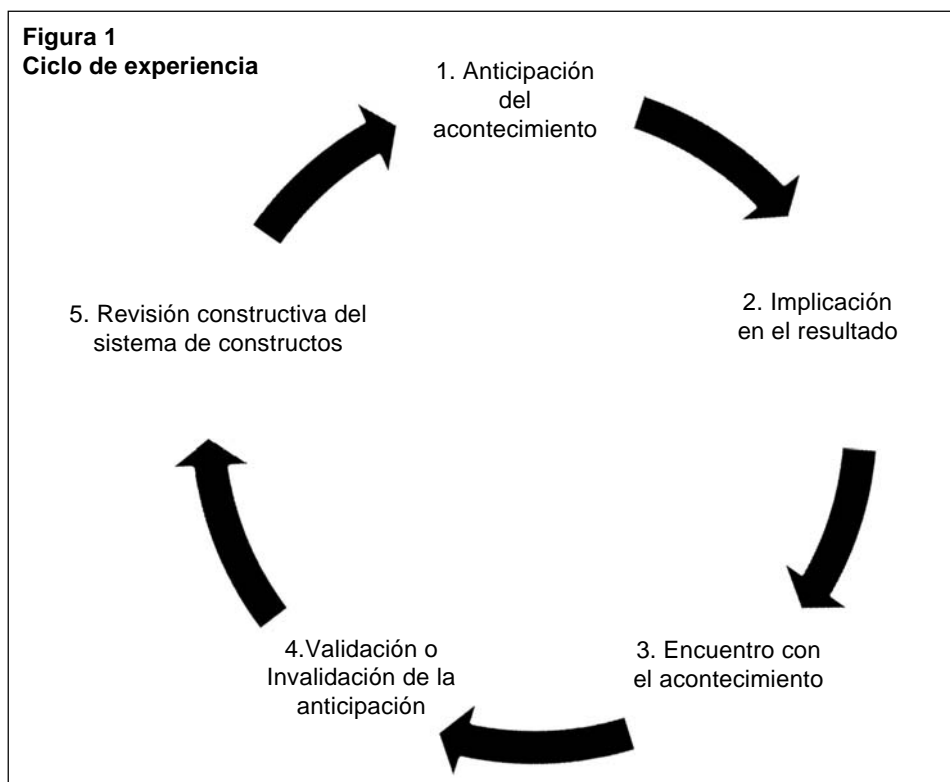
Keywords: Personal Construct Theory, experience cycle, depression, fibromyalgia, case study, brief therapy



La Teoría de los Constructos Personales (TCP) (Kelly, 1955/1991) se fundamenta en la percepción del individuo como agente activo en la creación de significados acerca de sí mismo, de los otros y del mundo que lo rodea. A través de la experiencia, el individuo crea sus propias hipótesis y teorías informales que le permiten entender su vivencia actual y realizar anticipaciones de los eventos. La creación de estas teorías necesitan de un marco de referencia y este marco es dado por los constructos personales, los cuales son discriminaciones bipolares, como “bueno - malo”, “triste - feliz”, conectadas entre sí conformando una compleja red jerárquica de significados. Así pues, existen construcciones nucleares y periféricas, siendo las primeras las que estructuran y define la identidad del individuo y por lo tanto tienen mayor relevancia dentro del sistema.

El sistema de construcción de una persona es dinámico y está constantemente sometido a ser validado o invalidado según los acontecimientos que experimenta (Kelly 1955/1990). Atendiendo a la metáfora de Kelly de la persona-como-científico, las anticipaciones que se hacen de los acontecimientos son hipótesis (constructos) que deben pasar la prueba de la experiencia y si es necesario deben ser revisadas. El proceso de construcción se explica mediante un ciclo de experiencia que atiende a cinco fases ordenadas en un continuo (Kelly, 1966/1970; véase la figura 1). La primera fase es la de anticipación, es aquí donde se proponen las hipótesis personales acerca de un acontecimiento. Estas hipótesis están basadas en construcciones nucleares del sistema de constructos que han sido validadas anteriormente. La siguiente fase es la implicación en el resultado, la cual tiene que ver con el grado de importancia que tienen las construcciones puestas en juego. Cuanto más nucleares son estas construcciones, mayor es la implicación y por ende la activación emocional con respecto al resultado del evento en cuestión. La tercera fase tiene que ver con el encuentro y se refiere al momento en el que se ponen a prueba las hipótesis personales planteadas previamente. Una vez producido el encuentro, en la cuarta fase se contrastan las anticipaciones con los resultados obtenidos y por lo tanto se produce sea la confirmación o la desconfirmación de las anticipaciones planteadas. Finalmente, la quinta fase se refiere a la revisión de las anticipaciones empleadas y es en este momento donde se plantean sea la modificación o el mantenimiento de las construcciones utilizadas. Lo esperable es que se produzca una revisión constructiva que permita el aumento de la capacidad predictiva del sistema de constructos personales. [Véase Figura1]

El funcionamiento óptimo del sistema de significados está caracterizado por la constante revisión de las construcciones y el flujo eficiente a través de todas y cada una de las fases del ciclo de la experiencia. En oposición, cualquier interrupción en alguna de estas fases puede ocasionar dificultades al momento de construir los acontecimientos experimentados. Tales dificultades pueden provocar malestar psicológico y por lo tanto ser motivo de demanda psicoterapéutica. En este sentido, Neimeyer (1985) ha sugerido que mientras más tempranas son las fases en las que el bloqueo en el ciclo de experiencia ocurre, el malestar resultante es mucho más severo.

Figura 1**Ciclo de experiencia**

El papel del terapeuta es entender el ciclo de experiencia del individuo frente a la situación que le produce malestar, reconocer las anticipaciones que hace del evento, cómo son tratadas y si son revisadas o no. El objetivo terapéutico es entonces promover el movimiento a través de cada una de las fases del ciclo de experiencia con el fin de producir la revisión constructiva del sistema. Presumiblemente, así se suscitará el desarrollo de un sistema de construcción más amplio y flexible.

En el presente artículo, se ejemplifica la conceptualización de la interrupción en una de las fases del ciclo de experiencia, el encuentro, así como su posterior revisión en el contexto del proceso terapéutico, empleando para ello el caso de Margarita, una mujer con diagnóstico de fibromialgia. La fibromialgia es un síndrome caracterizado por la presencia de dolor musculoesquelético crónico, de etiología desconocida. Para este tipo de pacientes el dolor juega un papel relevante en su sentido de identidad personal (Compañ et al., 2001), por lo tanto comprender el dolor es un factor fundamental dentro del contexto terapéutico. Se ha escogido este caso porque el entendimiento del dolor dentro de la terapia y la validación de su existencia mediante factores externos permitieron la promoción del flujo efectivo en un ciclo de experiencia específico adscrito al ámbito de la relación de pareja.

Método

Participantes

Margarita (todos los nombres han sido cambiados con el fin de proteger la identidad de la paciente) es una mujer de 49 años de edad, con diagnóstico de fibromialgia desde hace tres años que se ha visto agravado por diferentes problemas de salud relevantes. El núcleo familiar de convivencia está formado por Margarita, su esposo, el hijo de ambos, además la madre de Margarita reside con ellos desde que enviudó dos años atrás. Muy cerca a la casa familiar está la casa de la suegra y la cuñada con quienes tiene una relación conflictiva y distante, el marido pasa la mayor parte del día en casa de su madre y hermana. Al momento de iniciar la terapia no trabaja, pero recibe la pensión de su madre en retribución por sus cuidados.

El papel de Margarita ha sido el de cuidadora de las personas que han ido enfermando en su familia, ha vivido de cerca la enfermedad tanto de su hermano como de su padre, siendo ella quien los cuida en el hospital y en la casa hasta el día de su muerte. Es justamente después de la muerte del hermano (cinco años atrás) que experimenta un estado de depresión mayor que le lleva a cometer un intento de suicidio. Después de este episodio decide realizar un proceso de psicoterapia que lo experimenta como positivo; sin embargo las circunstancias familiares y la muerte del padre hacen que tenga una recaída y que vuelva a cometer otro intento de suicidio. Frente a esta recaída, retoma la psicoterapia (tres años atrás), pero a las pocas sesiones, cuando comienza sentirse mejor la abandona.

Margarita acudió a su Centro de Atención Primaria para consultar sobre sus problemas de salud, durante la visita el médico de cabecera reconoció la existencia del malestar psicológico y le recomienda la realización de un tratamiento psicológico. La reflexión acerca de los síntomas del pasado le hace aceptar tal sugerencia en razón de evitar otro intento de suicidio. El médico de cabecera remitió el caso al servicio de atención psicológica que proporciona el Máster de Terapia Cognitivo Social para ser valorado.

La terapeuta que llevo este caso fue una mujer, psicóloga, estudiante del último año del Máster mencionado y supervisada por dos terapeutas con aproximadamente 10 años de experiencia, en el contexto de un grupo de supervisión específico para el tratamiento de pacientes con fibromialgia.

Instrumentos y Medidas

Inventario para la Depresión de Beck, Segunda Edición. (BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996; adaptación al español de Sanz y Vázquez, 2011) es un inventario de 21 ítems, diseñado para ser auto-aplicado y que tienen como fin la evaluación de la existencia y severidad de los síntomas de depresión.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. (DASS 21; Lovibond y Lovibond, 1995; adaptación al español de Bados, Solanas y Andrés, 2005) es una escala con 21 ítems, auto-aplicada que mide los estados emocionales de depresión, ansiedad

y estrés.

Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. (CORE-OM; Evans et al., 2002; adaptación al español de Feixas et al., 2012) es un cuestionario auto-aplicado que contiene 34 ítems que evalúan el malestar psicológico en cuatro áreas: el bienestar subjetivo, los síntomas o problemas, el funcionamiento y el riesgo. Este cuestionario se aplicó al inicio, al final de la terapia y en el seguimiento. Una versión corta de este cuestionario (CORE-SFB) con 18 ítems, fue aplicada en cada sesión como medida de cambio en el transcurso del proceso terapéutico.

Procedimiento

Entrevista de acogida. Después de recibir la derivación del médico de cabecera se procedió a contactar con la paciente para realizar una entrevista. Esta entrevista fue realizada por la misma terapeuta y en la cual se recogió los datos sociodemográficos de la paciente, se estableció la demanda y se evaluó la motivación para hacer terapia.

Primera sesión. En esta sesión se retomó la demanda y se trató de hacer un análisis de la misma con el fin de llegar a tener una demanda que sea lo suficientemente específica para poder ser trabajada en un formato de terapia breve. Además se firmó el consentimiento informado donde se explicó que los datos obtenidos de la terapia podrían ser utilizados en la investigación, que la terapia sería grabada en audio manteniendo siempre el principio de confidencialidad y que el caso sería revisado periódicamente dentro de un grupo de supervisión.

Evaluación pre-tratamiento. En una sesión, que no estaba incluida dentro de las 16 sesiones de tratamiento, se realizó la evaluación en la que se aplicó los diferentes cuestionarios: BDI-II, DASS-21, CORE-OM.

Terapia: de la sesión 2 a la 16. El tratamiento se formuló dentro del formato de terapia breve de 16 sesiones. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 1 hora y se realizó semanalmente. Antes de iniciar cada sesión se aplicó la versión breve del CORE (CORE-SFB). Todas las sesiones fueron grabadas en audio.

Evaluación post-tratamiento. Al finalizar el tratamiento se realizó una sesión para poder evaluar los cambios realizados en terapia. Con este fin se aplicaron los mismos cuestionarios utilizados en la sesión de evaluación pre-tratamiento: BDI-II, DASS-21 y CORE-OM.

Sesión de seguimiento. Después de tres meses de haber terminado la terapia se realizó una sesión de seguimiento en la que se valoró el mantenimiento de los cambios alcanzados durante la terapia. Además se aprovechó la sesión para aplicar los mismos cuestionarios que sirvieron como de medidas de cambio a lo largo de la terapia: BDI-II, DASS-21 y CORE-OM

Tratamiento

La intervención estuvo basada en la TCP (Kelly, 1955/1991) y tuvo por tanto un enfoque constructivista. Este tipo de terapia está focalizada en los significados que cada individuo otorga al mundo que le rodea y como estos configuran el sentido de su identidad personal, de sus relaciones y de sus dificultades. El ser-humano-como-científico es la metáfora que usó Kelly para describir el proceso de construcción de significados, la cual hace referencia a como cada individuo crea hipótesis que son puestas a prueba en razón de ser validarlas o invalidadas. Como se ha mencionado antes, el objetivo que tiene este tipo de terapia es la revisión constructiva del sistema (véase Feixas y Villegas, 2000; para una revisión). Consecuentemente, el trabajo del terapeuta es guiar al paciente en la reconstrucción de su experiencia con el fin de que pueda responder a sus propias preguntas. Para esto, se utiliza el espacio terapéutico como un laboratorio, en donde se proponen y se someten a prueba diversas hipótesis (ciclo de la experiencia). Los contenidos a trabajar dentro del proceso terapéutico no están preestablecidos, ya que es el paciente quien dirige el proceso como experto de su propia vida; no obstante existen ciertas actitudes del terapeuta, como la actitud crédula o el uso del lenguaje invitacional (Kelly, 2001), que pueden ser utilizadas en razón de estimular en el individuo la creación de hipótesis más específicas y ajustadas a su propia experiencia. El uso en general de las técnicas está subordinado a las necesidades del paciente, la estrategia utilizada y la situación específica. Así pues, el objetivo final de su utilización es mejorar la capacidad predictiva del sistema.

Análisis de los datos

Con el objetivo de determinar si el cambio fue clínicamente significativo se empleó la propuesta de Jacobson y Truax (1991). Esta metodología tiene en cuenta dos aspectos para medir el cambio, por una parte que el paciente pase del rango de la población disfuncional al rango de la población funcional y que por otra parte la magnitud del cambio del paciente sea confiable. El índice de cambio confiable (ICC) se determina obteniendo la diferencia entre las medidas post-tratamiento y pre-tratamiento divididas por el error estándar de la diferencia de los cuestionarios utilizados. Si el ICC es mayor o igual a 1.96, entonces se puede confirmar que el cambio es significativo con un nivel de confianza del 95%. Para calcular el punto de corte entre la población funcional y disfuncional y el ICC se utilizaron los datos normativos que se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1
Datos normativos utilizados para el cálculo del ICC y el punto de corte entre la población funcional y disfuncional

	Población funcional		Población disfuncional		Confiabilidad test-retest	Fuente
	M	DT	M	DT		
BDI-II	9.61	7.61	27.31	11.04	.91	Sanz y Vazquez, 2011
DASS-21						
Depresión	6.29	6.76	17.60	11.19	.84	Bados, Solana y Andrés, 2005
Ansiedad	6.02	5.61	14.57	8.64	.70	
Estrés	13.92	7.65	22.24	9.74	.82	Trujillo et al., 2014
CORE-OM	.77	.48	1.84	.63	.94	

Nota: M=media, DT=Desviación típica, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, segunda edición; DASS-21 = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; CORE-OM = Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. Reporte del Caso

Entendiendo el sistema de significados

Definición de la demanda. Al iniciar la terapia Margarita trae a consulta la siguiente demanda: “Estoy de bajón, quiero saber lo que me pasa, cuando me he sentido así he intentado dejar de vivir. Quiero hacer algo para sentirme mejor”

Según los planteamientos de Villegas (1996) esta demanda es inespecífica, ya que la consultante busca apoyo psicológico para poder entender lo que le está pasando. Partiendo de que ella ya identificaba el problema como de carácter psicológico se trató de indagar en las teorías que ella tenía de lo que le estaba ocurriendo. Al final de la sesión la demanda se reformuló en términos más específicos y se expuso de la siguiente manera:

Saber aceptar mi enfermedad para reducir la tristeza y el mal humor que eso me genera. Lo que quiero es encauzarme, sentirme bien conmigo misma, ser la de antes y valorarme un poco más. En general quiero tomarme la vida de una manera más ligera, sin ira, quiero sacar las cosas para tener respuestas.

La demanda final cumplió con las condiciones previas al inicio de la psicoterapia: predisposición, motivación y colaboración (Villegas, 1996). En cuanto a la predisposición, es notorio que existía una conciencia de crisis y de que esto le llevó a pedir ayuda. Considerando la motivación, se puede distinguir que había un deseo de superación, su hijo era el motor principal de motivación para realizar un cambio y no llegar a situaciones extremas, como otro intento de suicidio. Por último, la colaboración se hizo presente, ella ya había vivido un proceso de psicoterapia en el pasado en el que se había sentido muy apoderada de su cambio. Teniendo en cuenta este desarrollo de la demanda inicial, se propuso iniciar un tratamiento de 16 sesiones que se describe a continuación.

La historia de Margarita. En las sesiones siguientes se trató de dar un contexto a la demanda presentada y reconocer las construcciones habituales que utilizaba Margarita para definir su experiencia. El objetivo de estas sesiones fue entender su contexto vital y como construía los significados frente a situaciones que ella identificaba como problemáticas. De estas sesiones se recolectó la siguiente información.

El papel de Margarita había sido siempre el de cuidadora de las personas que iban enfermando en su familia, había vivido de cerca la enfermedad tanto de su hermano como de su padre, siendo ella quien los cuidaba en el hospital y en la casa hasta el día de su muerte. En el momento en que transcurría la terapia, cuidaba de su madre, quien se movilizaba en silla de ruedas y demandaba su atención constantemente. La relación con la madre era conflictiva, ella creía que su madre fingía estar peor de lo que realmente estaba para que Margarita esté pendiente de ella todo el tiempo. El cuidado de la madre se le había hecho muy duro ya que el tener que moverla de un lado a otro, asearla y atenderla le suponía mucho dolor físico, lo cual acentuaba los síntomas de la fibromialgia. Además de esto, Margarita era quien cuidaba de su hijo casi todo el día, ella comentaba que su marido no cumplía ningún papel en el cuidado del hijo por lo que todas las tareas de la casa las llevaba a cabo ella. Toda esta situación había provocado que Margarita se sintiera irritada y de mal humor la mayor parte del día, en tanto que no se sentía apoyada por nadie y tenía la sensación de que los demás no entendían el dolor físico al que se enfrenta cada día, que era una enfermedad que no tenía cura y que incluso empeoraría con el tiempo. Margarita sentía que no tenía sentido seguir viviendo, ya que anticipaba que el dolor en el futuro no le permitiría llevar una vida normal.

Teniendo en cuenta que el discurso de Margarita enfatizaba la falta de entendimiento de los que le rodeaban acerca de su dolor, se utilizó la mayor parte del espacio terapéutico para permitirle explicar su dolor. Ella era una experta con respecto a este tema y no le costaba hablar de cada uno de los diagnósticos que tenía, los tratamientos que había realizado y los cursos que había hecho para poder entender lo que le estaba ocurriendo. Conocía muy bien los tratamientos que necesitaba, pero le producía frustración el no poder acceder a ellos por su situación económica. Reconociendo su capacidad y conocimiento del tema, se propuso el espacio terapéutico como un lugar para fomentar el diálogo de “experto a experto” (Feixas, 1998). Desde esta posición, la interacción relacional fue diferente a la experimentada por ella en otros contextos. Por ejemplo, en el ámbito asistencial, ella siempre se había sentido poco entendida y que no estaban haciendo lo suficiente para poder darle una respuesta. Ésta es una percepción común en pacientes con diagnóstico de fibromialgia (Compañ, Feixas, Cutillas, 2014). Dentro del ámbito familiar también sentía que no le entendían, creía que los demás pensaban que ella se inventaba el dolor y que lo hacía únicamente para quejarse. Con estos antecedentes, se consideró relevante ofrecerle un espacio para que se sintiera comprendida y tratada como experta de su experiencia, lo que suponía un medio para fomentar un

proceso de construcción diferente. Por consiguiente, en la terapia se adoptó una actitud crédula (Kelly, 1955/1991) en la cual se hacían preguntas que dirigían la explicación de la experiencia vivida a un nivel más concreto y manejable. El objetivo final fue poder entender cómo Margarita experimentaba el dolor y cómo esto afectaba a sus relaciones con los que le rodeaban, en especial en la relación más cercana, la de su esposo.

El planteamiento de las hipótesis. Con la información recogida en estas sesiones surgieron de manera más clara algunas hipótesis que permitieron entender la vivencia de Margarita. Como algunos autores de la TCP lo explican (Winter y Procter, 2014; Neimeyer y Feixas, 1989) los trastornos se producen cuando el sistema de construcción del individuo es incapaz de adaptarse a los acontecimientos con los que se enfrenta. Margarita se enfrentaba ante una situación desconfirmadora de lo que había sido su experiencia vital hasta ese momento. Ella siempre se había construido como una persona fuerte, independiente, trabajadora y amada por los que le rodeaban. Sin embargo, las pérdidas experimentadas en los últimos años y la aparición del dolor habían provocado la invalidación de los constructos más nucleares de su sistema de significados, en especial su construcción de ser amada y entendida. La persona que ella creía que debía amarla y entenderla, su marido, en aquel momento no cumplía este papel, más bien se había alejado de ella. Esto le provocaba sufrimiento, el cual desencadenaba la expresión constante de tristeza que incluso le llevaba a tener pensamientos acerca de quitarse la vida. Por lo tanto, se hizo visible la existencia de una dificultad en el proceso de construcción, la cual no le permitía explicarse a sí misma los acontecimientos que estaba experimentando con respecto a la relación con el marido y ante los cuales era incapaz de adaptarse. Así pues, para poder entender en qué momento ocurría tal dificultad fue necesario entender cada una de las cinco fases del ciclo de experiencia:

Anticipación. En esta fase se proponen las hipótesis que seguidamente serán puestas a prueba. Así la hipótesis de Margarita acerca de la relación con su marido era la siguiente, “Mi marido, es un egoísta, sólo piensa en él, en su madre y en su hermana. Nunca entenderá lo que me está pasando, si le explico la gravedad de mis dolores él pensará que estoy fingiendo. Si me amara, me entendería”

Implicación en el resultado. En esta fase se determina el grado de importancia que tienen las construcciones puestas en juego para el sistema de constructos. Claramente esta experiencia suponía un alto grado de implicación ya que ponía en juego un constructo muy nuclear para Margarita, “soy amada” en oposición a “no soy amada”. Según su anticipación y la construcción que hacía del marido, confirmar que su marido no la entendía suponía que no era amada y por lo tanto que la relación ya no existía. Además por la información recolectada acerca de su experiencia vital, para ella era muy importante la construcción de una familia unida y que ofrece amor, el enfrentarse a la evidencia de que la relación con su marido había terminado suponía para ella también un fracaso en un ámbito muy relevante dentro de su proyecto vital. Acompañaba a esto su vivencia acerca de que su familia

de origen se iba desvaneciendo, habían muerto dos figuras importantes, su padre y su hermano. Su madre estaba muy enferma, sólo le quedaba su hermana. Por lo tanto, la posibilidad de acabar con la familia creada, le dejaba a ella con la experiencia de no tener una familia, pero también quedaba desamparada, la casa donde vivía era de su marido y la que habría tenido que irse era ella, en esos momentos ella sentía que no tenía los medios para enfrentar una posible separación del marido en caso de que se confirmará su anticipación.

Encuentro. Esta fase se refiere directamente al hacer frente al acontecimiento. Margarita trataba de evitar de cualquier manera el encuentro con su marido para explicarle lo que le estaba pasando, es decir hacer explícito que tenía dolores muy fuertes y que por lo tanto necesitaba de la atención y cuidado de su marido para poder sentirse protegida y valorada. Si explicaba su situación, para Margarita sólo existía una posible reacción, la confirmación de la anticipación de que a su marido no entendería su dolor, pensaría que estaba fingiendo, esto se traducía en que él no le amaba y que por lo tanto ya no existía una relación de pareja. .

Validación/ Invalidación. Esta es la fase donde se contrastan las anticipaciones con los resultados obtenidos después de experimentar el encuentro. En el caso de Margarita, como no se producía el encuentro, no existía una validación o invalidación de su anticipación, así que esta se mantenía. Como su marido no sabía lo que le estaba pasando y lo único que percibía de Margarita es su alejamiento, él le respondía también con el distanciamiento para evitar cualquier tipo de conflicto, esto hacía que se refuerce la construcción de Margarita, su marido era un egoísta y nunca podría entender su situación. Ante esto, Margarita lo que sentía era ira, que físicamente estaba expresada con tensión a nivel muscular lo que le provoca un mayor dolor físico.

Revisión. Es en esta fase en donde se produce el cambio de la construcción o su reforzamiento. En el caso de Margarita, en tanto no ocurría el encuentro, la anticipación expuesta al inicio del ciclo no era puesta a prueba por lo tanto se mantenía constante e incluso se hacía más rígida ya que cada vez percibía al marido como más alejado de ella.

Entendiendo el ciclo de experiencia experimentado por Margarita, se hizo evidente que la dificultad se manifestaba en la fase de encuentro con la situación. Margarita empleaba una estrategia similar a la utilizada por pacientes depresivos descrita por Neimeyer (1984), que consistente en constreñir el campo de experiencia social con el fin de evitar cualquier encuentro con los acontecimientos que exijan realizar una revisión del sistema. La evitación del encuentro con el acontecimiento protegía a Margarita de la invalidación de sus constructos más nucleares como el fracaso de la familia creada, la confirmación de no ser amada y la situación de verse sin recursos económicos para poder sobrevivir. La interacción con su marido era cada vez menor lo que hacía que el encuentro con el acontecimiento sea cada vez más distante.

Una vez recopilada la información y planteadas las hipótesis, se hizo evidente

que el malestar se asociaba al ámbito relacional. Específicamente la interrupción del encuentro con el marido impedía que el ciclo de experiencia de Margarita se completase de manera apropiada, evitando así su revisión constructiva. Como resultado la definición de la relación con su marido era dilemática, evitar el contacto le protegía de una posible confirmación de su anticipación, pero a la vez no le permitía tener la familia unida que ella hubiera querido tener.

Promoción del flujo en el ciclo de experiencia

El plan de intervención se dirigió a redefinir y explorar la relación con el marido y promover el flujo continuo a través del ciclo de experiencia en el que ocurría la interrupción que provocaba malestar.

Redefinición de la relación de pareja. La intervención comenzó con la redefinición de la relación de pareja que hasta ese momento era dilemática. Ambos polos de definición (mantener la relación vs. dejar la relación) producían consecuencias negativas. Mantener la relación, suponía seguir compartiendo tiempo con la familia de su esposo y acercarse más a la misma, ella no quería esto por las características negativas que otorgaba a esta familia. En cambio, en el polo opuesto, dejar la relación, para ella suponía quedarse sin nada, no tener a donde ir y su hijo perdía la figura de familia que ella tanto anhelaba construir para él. Así que la mejor estrategia para ella en esos momentos era no definir la relación y plantearla como: estar juntos, pero no implicarse en la vida del otro. Sin embargo, esta estrategia le hacía sentirse triste ya que su familia no era la familia cariñosa y unida con la que siempre había soñado.

Se adoptó una actitud crédula (Kelly, 1955/1991) donde las preguntas fueron utilizadas en razón de promover la explicación de la experiencia vivida con respecto a la relación con el marido en un nivel más concreto. Al principio la relación fue definida como muy mala, siendo este un término abstracto se promovió la búsqueda de términos más concretos de definición. Una vez operacionalizado el polo negativo de la relación se buscó definir el polo positivo. Se transitó entre ambos polos, hasta que la paciente fue capaz de articular diversas conclusiones acerca de su relación de pareja. Así, ella comentó que en verdad lo que mantenía la relación es que ella sentía cariño por su marido. Este era un aspecto que anteriormente no se había expuesto y hacía notar que existía una razón potente para mantener la relación.

Exploración de alternativas. Una vez que Margarita definió su relación y concluyó que quería mantener la relación, el siguiente paso fue hacer explícitas las expectativas que tenía de su marido y por lo tanto las anticipaciones que hacía de su experiencia. Utilizando un lenguaje invitacional (Kelly, 1969/2001) se exploraron diferentes posibilidades: ¿Cómo sería la relación si estuvieras más cerca de tu marido? ¿Cómo te trataría él si quisiera acercarse a ti? ¿Cómo te comportarías si quisieras acercarte a tu marido? En torno a estas preguntas se definieron las expectativas que ella tenía acerca de que su marido le apoye y le comprenda; sin embargo ella no había hecho explícito lo que le ocurría por lo tanto el marido no

sabía en qué tenía que apoyarla y comprenderla. Teniendo en cuenta que ella había llegado a esta conclusión, se mantuvo el lenguaje invitacional para poder hacer explícitas las anticipaciones que hacía de la reacción de su marido frente a explicarle lo que le ocurría. Así se plantearon las siguientes cuestiones: ¿Cómo le explicarías a tu marido lo que te está ocurriendo? ¿Cómo crees que reaccionaría él? Mediante sus respuestas ella fue capaz de articular la percepción negativa que tenía del marido y las anticipaciones que hacía acerca de su incapacidad para entenderla. Se ha producido el encuentro. En la séptima sesión, Margarita se presentó con una actitud diferente, algo había cambiado en ella. Decía que se sentía mejor, atribuía esta sensación al cambio de clima, comentaba que el comienzo del buen tiempo le sentaba bien. Aunque también explicaba que en la última semana había recibido la tarjeta acreditativa de discapacidad, la cual como beneficio económico únicamente le proporcionaba descuentos en farmacias, pero que además representaba un justificante de que el dolor que sentía era verdadero. Recibir esta tarjeta le había hecho pensar que era un buen momento para hablar con su marido. Así promovió el encuentro y le explicó en detalle lo que sentía. Le dijo que estaba enferma, pero más allá de eso que estaba preocupada de que ya no podría trabajar y que cada vez se le haría más difícil aportar dinero a la casa. Frente a esta explicación, el marido le respondió que no tenía que preocuparse por eso, que por el dinero ya se preocuparía él, si hay que vivir solamente de su sueldo no habría ningún problema. Con esto la anticipación de Margarita se invalidó y se produjo una revisión de la anticipación que hacía. Su marido era capaz de entenderla y esto significaba que la amaba y que todavía existía un vínculo. Incluso Margarita iba reconociendo cada una de las nuevas actitudes que tenía el marido con ella y lo comenzaba a definir de una manera diferente, en ese momento ya lo percibe como un hombre que le da fuerzas para seguir adelante. Así, el uso de construcciones más flexible se fue ampliando en su contexto natural, al ver sólida su relación de pareja, comenzó a ampliar su rango de experiencia a otros ámbitos que había dejado de lado. Es entonces cuando comenzó a pensar en cómo expresar algunas ideas que tenía en la mente y se le ocurrió hacerlo a través del arte. Frente a esto, su marido le apoyó y le ayudó, así se fortaleció la construcción de ser entendida y amada.

Cierre del proceso

Durante las últimas sesiones se trabajó la prevención de recaídas mediante el uso de preguntas tales como: *¿Qué tendría que pasar para que estés como al inicio? ¿Qué recursos tienes ahora que te permitirán manejar la situación de manera diferente?*

Con estas preguntas se creó un diálogo extenso que llevó a Margarita a posicionarse como una persona con más recursos y capaz de afrontar nuevas situaciones. Durante toda la conversación se reforzó su capacidad como persona creativa y ella cada vez reconocía y amplificaba esta característica como un elemento importante de su identidad.

En el transcurso esta última etapa del proceso terapéutico el foco de atención se dirigió a definir su creatividad. Margarita era capaz de explicar cada uno de sus proyectos, las ideas que tenía y el apoyo que iba recibiendo de su marido con respecto a las mismas. Ella se iba identificando en cada sesión como emprendedora e incluso se le ocurrió montar un paradita en un mercadillo, aunque dudaba sobre este tema ya que le preocupaba que esto le aumentase el dolor. Así que se hizo un trabajo para reconocer las ventajas y desventajas de este nuevo proyecto, ella reconoció que habían más ventajas que desventajas, así que siguió adelante con su planteamiento y obtuvo los resultados esperados. A través de esta experiencia la construcción de ser una persona emprendedora se fortaleció como parte de identidad personal.

Resultados

Al finalizar la terapia, la diferencia entre las puntuaciones post y pre-tratamiento reflejaron un cambio significativo en una dirección positiva para todas las escalas (BDI-II, DASS-21 y CORE-OM), pero en general las puntuaciones se mantuvieron dentro del rango de la población disfuncional. Esto podría clasificarse como mejoría según los lineamientos de Jacobson y Truax (1991). Este cambio se mantiene como significativo para todas las escalas en el seguimiento a los tres meses de haber finalizado la terapia (véase Tabla 2).

Tabla 2
Evolución de los puntajes en el tratamiento e Índice de Cambio Confiable

	Pre	Post	Seguimiento 3 meses	Punto de corte	ICC post	ICC 3 meses
BDI-II	44	26	25	16.83	5.58	5.88
DASS-21						
Depresión	30	12	8	10.55	4.61	5.75
Ansiedad	26	10	12	9.39	3.68	3.22
Estrés	42	30	22	17.58	2.61	4.36
CORE-OM	2.5	1.1	1.1	1.23	8.42	8.42

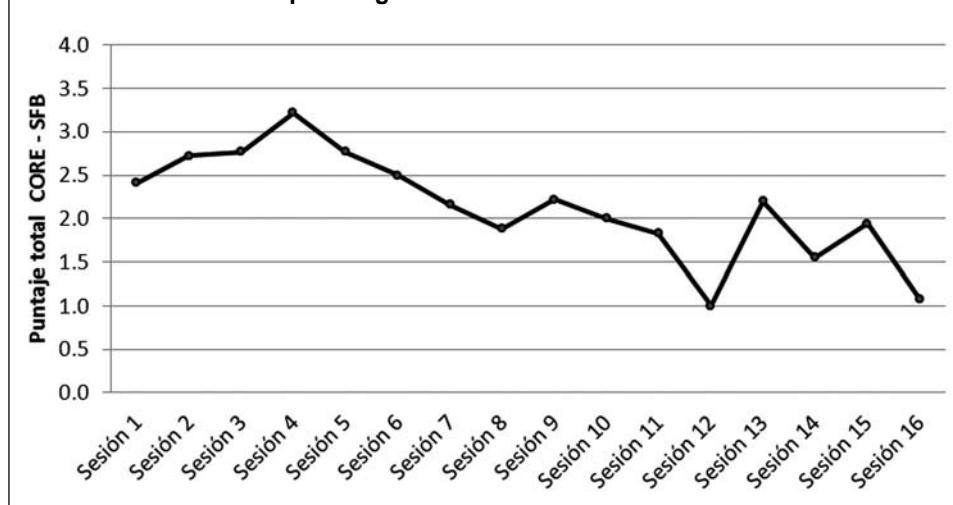
Nota. ICC=Índice de Cambio confiable, Cambio clínicamente significativo ICC > 1.96; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, segunda edición; DASS-21 = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; CORE-OM = Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

En la Figura 2 se muestra una representación gráfica de la evolución de los puntajes de la versión breve del CORE (18 ítems) que se aplicó sesión a sesión. Así es posible notar que la reducción del malestar comienza a partir de la séptima sesión.

Discusión

El caso analizado en este trabajo pone de manifiesto la relevancia del trabajo sobre las interrupciones del ciclo de experiencia y el favorecimiento de la revisión

Figura 2
Evolución de malestar psicológico en el transcurso del tratamiento



de las construcciones de significado. Las puntuaciones de los cuestionarios aplicados tanto al inicio, al final y en el seguimiento de la terapia demuestran que existió una reducción significativa tanto de los síntomas (depresión, ansiedad y estrés) como del malestar psicológico. El seguimiento sesión a sesión a través del CORE-SFB también indica que la reducción del malestar comienza en la séptima sesión, justamente es en esta sesión en la que se comenta que ha recibido la tarjeta acreditativa de discapacidad que promueve el encuentro con el esposo y por lo tanto se completa el ciclo de experiencia.

El análisis del proceso terapéutico permitió determinar cómo se produjo la reconstrucción de significados. Es así que al inicio de la terapia la narrativa de Margarita tanto del dolor como de la situación con el marido se encontraba constreñida a una coordenada insatisfactoria para su vida. A medida que avanzaba la terapia, se generaron significados alternativos más acordes con sus propósitos vitales (e.g., ser amada en una familia unida). Nuestra impresión es que al inicio del tratamiento ella necesitaba un lugar donde poder hablar y encontrar validación acerca de lo que estaba viviendo. Se le proporcionó ese espacio y las intervenciones fueron dirigidas a comprender su experiencia a través de la utilización del lenguaje invitacional. Así ella fue capaz de plantear nuevas hipótesis en aspectos de su vida en donde ella daba las cosas por hecho. Específicamente, el hablar de su relación de pareja le permitió entender mejor las emociones experimentadas y plantear nuevas hipótesis que le permitieron hacer más factible un encuentro con una situación que ella había evitado durante algún tiempo y que le causaba dolor tanto emocional como incluso físico.

El proceso de construcción de significados dentro de la terapia fue enriquecido

por la introducción de una variable inesperada, la presencia de la tarjeta acreditativa del grado de incapacidad. El tener este papel, validó su experiencia de dolor frente a los demás y por otro lado facilitó generar una conversación con su marido que invalidase su percepción de no ser comprendida. Aprovechando esta peripecia (Ramos, 2008) la terapia se convirtió en un entorno seguro para promover la revisión del sistema y analizar cada una de las variables que se habían puesto en juego después de la invalidación de su sistema de construcción. Como resultado, al final de la terapia Margarita pudo encontrar una actividad que le generaba satisfacción y que le permitía desarrollar capacidades que ni ella sabía que tenía. En resumen, Margarita pasó en este proceso de la queja y la constricción al descubrimiento de su talento creativo y emprendedor.

Este estudio de caso ejemplifica de forma práctica la conceptualización del malestar psicológico a través del mapeo de los procesos de construcción de significados mediante el ciclo de experiencia. Este tipo de planteamiento nos ayuda a entender cómo se produce la reconstrucción del significado en el proceso psicoterapéutico y cómo ello está asociado al cambio de actitud y de conducta. En esencia, la intervención trata de suscitar la flexibilización y ampliación del poder predictivo del sistema, permitiendo así una mayor capacidad de adaptación del individuo frente a las situaciones que enfrenta en su vida cotidiana, respetando su sentido de identidad personal.

Referencias bibliográficas

- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679–683.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Compañ, V., Feixas, G. y Cutillas, B. (2014). *En torno a la fibromialgia: Respuestas a las dudas más frecuentes*. Barcelona: Octaedro
- Compañ, V., Feixas, G., Varlotta, N., Torres, M., Aguilar, A., Dada, G. y Saúl, L. A. (2011). Cognitive factors in fibromyalgia: The role of self-concept and identity related conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, 24, 1-22
- Evans, C., Conell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., y Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51–60. doi:10.1192/bjp.180.1.51
- Feixas, G. (1998). Los constructos personales en la práctica sistémica. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (págs. 273-309). Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia* (3era ed.). Bilbao: Desclee de Brouwer, S.A.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Kelly, G. A. (2001). Psicología de los constructos personales: Textos escogidos (B. Maher, compilación en inglés; G. Feixas, ed.). Barcelona: Paidós
- Kelly, G.A. (1955/1991) *The Psychology of Personal Constructs*. Volúmenes 1 y 2, primero publicado por Norton y después por Routledge en colaboración con Centre for Personal Construct Psychology, 1991.

- Kelly, G.A. (1966/1970). Behavior is an experiment. En D. Bannister (Ed.), *Perspectives in personal construct psychology*. London: Academy.
- Lovibond, P.F. y Lovibond, S.H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sidney: Psychology Foundation of Australia.
- Neimeyer, R.A. (1984). Toward a personal construct conceptualization of depression and suicide. En F. R. Epting y R.A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death: Applications of personal construct theory to clinical practice*. New York: Hemisphere/ McGraw Hill.
- Neimeyer, R.A. (1985) Personal constructs in clinical practice. En P.C. Kendall (Ed.) *Advances in Cognitive Behavioral Research and Therapy*. San Diego,CA:Academic Press.
- Neimeyer, R.A. y Feixas, G. (1989). Trastornos en el proceso de construcción: Implicaciones psicopatológicas de los corolarios kellianos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26.
- Procter, H. (1985). A personal construct approach to family therapy and systems intervention. En E. Button(Ed.), *Person construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- Ramos, R. (2008). *Temas para conversar*. Barcelona: Gedisa.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (2011). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: Pearson Education.
- Trujillo, A., Paz, C., Pucurull, O., Ortiz, E. y Feixas, G. (2014, Junio). Using the CORE-OM in Spanish to assess change in psychotherapy in primary care. En C. Paz (Moderador), *Assessing primary care patients and their change: Constructivist contributions*. Panel presentado en la XLV International annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Copenhage, Dinamarca.
- Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, (26/27), 25-78.
- Winter, D. y Procter, H. (2014). Formulation in personal and relational construct psychotherapy. En L. Johnstone, & R. Dallos (Eds.). *Formulation in psychology and psychotherapy* (2da ed.). London: Taylor & Francis