

ABORDAJE SISTÉMICO-RELACIONAL DE LA FIBROMIALGIA



Lorena Abramo González
Tutora: María José Durán

3er Curso Terapeuta Familiar Semipresencial 2018

Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar-EVNTF

Junio 2019

“El síntoma, aunque sea síntoma corpóreo, puede ser sustraído de la oscuridad sin significado de los accidentes biológicos y recuperar el sentido histórico de un lenguaje, de una comunicación, un sentido que, si se descifra, revela en el síntoma un nudo de sufrimiento en que se intersecan biología y emotividad, relaciones interpersonales y reglas comunicativas del contexto en el que aparece.”

(Luigi Onnis, 1997, p.24)

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN	3
2. QUÉ ES LA FIBROMIALGIA Y CÓMO SE TRATA	4
2.1. Definición y sintomatología asociada.....	4
2.2. Impacto en la vida de los pacientes	5
2.3. Influencia de los sistemas de Salud	5
2.4. Perspectiva psicosocial y justificación de un abordaje multidisciplinar.....	5
2.5. Importancia del abordaje psicológico	6
2.6. Intervención actual en fibromialgia	6
3. ¿QUÉ PUEDE APORTAR LA VISIÓN SISTÉMICA Y RELACIONAL?	7
3.1. ¿Es la fibromialgia un trastorno psicosomático? Dualidad mente-cuerpo. Paradigma de la complejidad como vía de comprensión.....	7
3.2. Los trastornos psicosomáticos desde la perspectiva sistémica	8
4. RELACIÓN ENTRE FIBROMIALGIA Y EL SISTEMA FAMILIAR.....	11
4.1. La enfermedad y la familia	11
4.2. La pareja ante la enfermedad	18
5. OTROS ASPECTOS INTERESANTES.....	22
5.1. Los aspectos transgeneracionales.....	22
5.2. Los vínculos de apego.....	24
5.3. Personalidad y fibromialgia. Una visión relacional	25
5.4. La narrativa y la identidad frente a la enfermedad.....	26
5.5. Pérdida, trauma y fibromialgia. El papel de las emociones	27
5.6. La resiliencia individual y familiar ante la enfermedad.....	28
5.7. La construcción social de la fibromialgia.....	29
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICO-RELACIONAL ...	30
6.1. Demanda y principios generales de intervención. Estrategias y objetivos.....	30
6.2. Terapia individual sistémica	34
6.3. Terapia narrativa	35
6.4. Terapia transgeneracional.....	37
6.5. Terapia de pareja.....	39
6.6. Trabajo emocional y corporal. Las técnicas activas	40
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	43
8. EJEMPLO DE CASO	46
8.1. Descripción del caso, genograma e historia individual y familiar	46
8.2. Áreas a explorar y posible hipótesis.....	48
8.3. Propuesta de estrategias y técnicas de intervención para este caso.....	50
8.4. Conclusión y posible evolución	51
9. REFERENCIAS.....	52

1. CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Actualmente se diagnostican cada vez más casos de patologías o enfermedades como la fibromialgia u otras relacionadas con el dolor crónico, que se plasman en el cuerpo aún en ausencia de datos clínicos objetivos o daño visible en los tejidos y que son calificadas como incurables o crónicas (con lo que esto conlleva para la narrativa personal de quienes las padecen). Algunos expertos dicen que se trataría de síndromes de somatización o de “enfermedades psicosomáticas contemporáneas”. En todo caso, propongo pasar de la causalidad lineal que implican estos términos y llegar a una causalidad circular más propia de la complejidad que en efecto rodea la vida del Ser Humano en su contexto. Estas enfermedades se revelan como fenómenos complejos tanto en su origen como en su mantenimiento en sus diferentes niveles (no solo orgánico y psicológico sino también el relacional) y requieren un enfoque que sea capaz de contemplar todos los componentes en juego y la circularidad sistémica que los correlaciona. Existe suficiente evidencia de que el tratamiento farmacológico por sí solo no obtiene los resultados esperados, por lo que cada vez con más frecuencia se ofertan formas alternativas de tratamiento, solas o en combinación, desde un enfoque bio-psico-social de la enfermedad.

La fibromialgia constituye un problema sanitario por su elevada prevalencia, la importante afectación de la calidad de vida de los pacientes, los numerosos especialistas implicados en su diagnóstico y tratamiento, las limitaciones en el conocimiento de su etiología, la inexistencia de un tratamiento estándar y la multitud de tratamientos propuestos con o sin eficacia (Alegre et al., 2010). El papel de la Psicología en el abordaje del dolor crónico, y por extensión en la fibromialgia, está justificado debido a múltiples características asociadas a estas dolencias: ausencia de patología orgánica y de marcadores objetivos, su alta asociación con problemas de ansiedad y depresión, la repercusión del dolor en algunas funciones cognitivas, como la memoria y la atención, etc., por lo que requieren más que nunca un abordaje integral que tenga en cuenta no sólo los aspectos biomédicos, sino sobre todo los aspectos psicológicos y sociales. En muchos casos de fibromialgia o dolor crónico se están aplicando tratamientos psicológicos estándar que quizá muchas veces fracasan u ofrecen pobres resultados. Una perspectiva sistémica de la enfermedad, que implica la aceptación de la complejidad, puede aportar una nueva visión que enriquezca las intervenciones en esta área y la comprensión de los síntomas y vivencias de los pacientes que los sufren así como de su contexto relacional.

Bajo mi creencia de que es necesario aplicar tratamientos integrales y personalizados, que engloben los componentes biológicos, emocionales, cognitivos o relacionales de cada caso, mi intención con este trabajo es la de ir más allá de la intervención basada en la terapia cognitivo-conductual que ahora se planea para estas dolencias, incorporando ideas procedentes de la perspectiva sistémica sobre trastornos psicosomáticos, incluyendo conceptos relativos al ciclo vital individual y familiar, funcionamiento y organización, comunicación, cohesión, vínculo de apego, las narrativas, vínculo de pareja, nutrición relacional, trauma, lealtades invisibles, perspectiva de género, individuación o sufrimiento emocional entre otros. Quizás sea posible también incorporar técnicas no verbales como las “esculturas” que permitan “hablar al cuerpo” de otra manera que haga innecesarios los síntomas.

En este trabajo pretendo abordar algunos aspectos que he visto durante mi formación en intervenciones sistémicas y que considero que pueden estar relacionados con la temática elegida, tanto para comprender estas enfermedades como para avanzar en el desarrollo de las intervenciones. Me interesa por una parte abordar aquellos factores que pueden influir en el desencadenamiento de los síntomas y por otra parte el impacto de las enfermedades en las relaciones y cómo amortiguarle.

La perspectiva relacional contempla las pautas de interacción existentes entre los miembros del sistema familiar y también es sabido que cuando se modifican modelos de interacción significativos, se genera cambios en los síntomas psicósomáticos. El modelo sistémico implica un cambio en el foco de observación que se traslada del individuo al sistema y por tanto un método diferente de intervenir en terapia. Los pacientes siempre van a consulta médica “con” su familia, es decir, llevan consigo los procesos interpersonales en los que están inmersos.

Luigi Onnis (1997) propone pasar de una visión biomédica a una óptica de la complejidad. Expone que el síntoma, si bien es corporal, adquiere un significado simbólico que va más allá de lo individual para convertirse en una “metáfora familiar” y puede así recuperar el sentido de una comunicación, de algo que se quiere decir. Revela por lo tanto un nudo de sufrimiento en el que se entrecruzan biología y emotividad, relaciones interpersonales y las reglas del contexto en el que se desarrolla. Lo que se podría denominar enfermedad “psicósomática” abandona su rol de avería que arreglar o enemigo contra el que luchar, propio del modelo biomédico, para adoptar un papel de indicador de un malestar que no sólo se adjunta al paciente (su portador “oficial”) sino también al sistema y contexto al que pertenece.

En las familias psicósomáticas tienden a proyectarse un tipo de características propias (algunas presentadas por autores como Minuchin u Onnis) sin que esto implique que estén presentes en todas las familias ni que puedan existir casos en que no las tengan, por lo cual creo que teniendo en cuenta el funcionamiento y características del contexto relacional de los pacientes quizás sea posible intervenir para lograr mayor funcionalidad.

2. QUÉ ES LA FIBROMIALGIA Y CÓMO SE TRATA

2.1. DEFINICIÓN Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

La fibromialgia (FM) es una enfermedad caracterizada por la presencia de dolor músculo-esquelético generalizado como síntoma distintivo, asociado a una serie de puntos dolorosos específicos. Otros síntomas frecuentemente relacionados son: fatiga crónica, alteraciones del sueño, síntomas sensoriales, rigidez generalizada o localizada, síntomas vegetativos, alteraciones del estado de ánimo (ansiedad y depresión), síntomas cognitivos (alteraciones en la concentración y disminución de la memoria), cefaleas, problemas en la menstruación, dolor temporomandibular, un umbral del dolor disminuido, frecuentes contracturas musculares y síndrome del intestino irritable. (Rodero, García-Campayo, Casanueva y Buriel, 2009).

La incidencia o prevalencia se sitúa entre el 3 y 4% de mujeres adultas en España y su causa o etiopatogenia es aún desconocida, su carácter es crónico y su evolución variable, con ineficacia del tratamiento en la mayoría de las ocasiones y carácter invalidante con grave afectación de la calidad de vida de quien la padece (Roselló, 2017; Alegre et al., 2010). La Fibromialgia es una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992 y constituye una de las situaciones más representativas de dolor crónico en la población así como uno de los problemas sanitarios más actuales en los países en desarrollo. Se trata de una realidad clínica, un síndrome encuadrado en la reciente clasificación de síndromes de sensibilización del sistema nervioso central junto con el síndrome de la fatiga crónica (Roselló, 2017). La edad de presentación más frecuente se encuentra entre los 30 y 50 años aunque hay casos descritos en todas las edades, desde niños hasta ancianos. Existe un claro predominio en el sexo femenino con una proporción de 7 a 1 aproximadamente (Rodero, García-Campayo, Casanueva y Buriel, 2009) y el tiempo medio transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico del síndrome es de 9 años.

2.2. IMPACTO EN VIDA DE LOS PACIENTES

Esta enfermedad afecta a la esfera biológica, social y psicológica del paciente, llegando incluso a provocar situaciones de incapacidad laboral e incluso invalidez en determinados casos, causando una mala percepción del estado de salud y afectando negativamente al entorno familiar de la persona que la padece (Rodero, García-Campayo, Casanueva y Buriel, 2009). Su impacto en el desempeño de las actividades de la vida diaria es muy importante, resultando ser el dolor, la fatiga, la debilidad muscular, los problemas de concentración y memoria y las alteraciones del sueño los síntomas más habituales y que generan mayor interferencia. Están presentes también cambios psicológicos como ansiedad, depresión o irritabilidad. Por lo tanto, son frecuentes las dificultades y/o limitaciones en la realización de actividades con altos requerimientos físicos (tareas domésticas o trabajo físico) y en las de mayor demanda cognitiva y concentración (Peñacoba, 2009). Como otros problemas de salud que presentan dolor crónico, puede producir limitaciones en las actividades cotidianas y de ocio, la interrupción de la promoción profesional o educativa y problemas sociales (relaciones familiares y de amistad alteradas o aislamiento social) generando asimismo un desequilibrio familiar que pone en riesgo el mantenimiento y calidad de sus relaciones en este contexto (Giovannazzi, Barraza y Díaz, 2017).

2.3. INFLUENCIA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Al cuadro clínico propio de la enfermedad se asocia el peregrinaje hasta su diagnóstico que suele durar unos años, la incertidumbre asociada, la no respuesta del sistema sanitario a su problema, la incompreensión de la familia, las etiquetas sociales de "fingidor" por la inexistencia de causa orgánica e incluso la existencia de profesionales sanitarios que manifiestan "no creer en su enfermedad" con lo demoledor de este mensaje (Peñacoba, 2009). Tanto médico como paciente traen a su encuentro sus propias expectativas y el propósito de la comunicación entre ambos tiene la triple misión de crear una adecuada relación interpersonal, intercambiar información y tomar decisiones sobre el tratamiento. Sin embargo, a veces los profesionales envían mensajes culpabilizantes (Navarro, 2004). Cuando alguien se presenta en los servicios de salud con cualquier síntoma, siempre buscan en el paciente y en su propio cuerpo la fuente de su dolencia y aun cuando las pruebas no demuestren explicación fisiológica se continúa el tratamiento médico farmacológico. En la medida en que el tratamiento farmacológico no funcione, el problema va adquiriendo un carácter de intratable y entra en juego la etiqueta de la cronicidad.

2.4. PERSPECTIVA PSICOSOCIAL Y JUSTIFICACIÓN DE UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

Aunque la etiología de la enfermedad es desconocida, se tiende a pensar que existen una serie de factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de tipo biológico, psicológico y social. El espectro de factores incluye desde la personalidad, los malos tratos o la ocurrencia de acontecimientos traumáticos en la infancia y/o a lo largo de su vida, la falta de apoyo social o el estrés vital, hasta infecciones víricas, anomalías inmunológicas, alteraciones del sueño o cambios neuroendocrinos (Álvaro y Traver, 2010). Se habla también de antecedentes familiares y/o personales de patología mental, depresión, ansiedad, somatización, fobias, etc.

Los factores psicosociales serán básicos en el trabajo con estos pacientes, pues interviniendo sobre ellos se podrá influir en su experiencia de dolor y en su impacto en el estado de salud de la persona, por lo que a la hora de plantear el abordaje psicológico de la enfermedad es necesario conocer cuáles son para diseñar de forma adecuada las intervenciones. Navarro (2004) apunta en este sentido que un tratamiento meramente sintomático no puede tener éxito si no se sitúan los síntomas en el contexto de las demandas psicosociales de la enfermedad, pues resolviéndolas se puede acceder a la resolución al menos parcial de dichos

síntomas. Y por su parte, Peñacoba (2009) plantea que existe suficiente evidencia de que el mero tratamiento farmacológico no obtiene los resultados esperados, por lo que cada vez con más frecuencia se ofertan formas alternativas de tratamiento, solas o en combinación, desde un enfoque biopsicosocial de la enfermedad.

En cuanto a la **pertinencia de un tratamiento multi e interdisciplinar de la fibromialgia**, Peñacoba (2009) también indica que al estar constituida por múltiples síntomas que afectan a diferentes disciplinas de la salud y al existir múltiples y diversos factores predisponentes, necesita de un enfoque terapéutico integral que influya sobre los diferentes sistemas implicados. El trabajo interdisciplinar y el hecho de entender los problemas de salud desde enfoques multicausales, idiosincrásicos, holísticos y biopsicosociales son indispensables para que las intervenciones contribuyan de manera eficaz a la mejora de la calidad de vida en las personas afectadas y a la prevención en el caso de personas con factores de riesgo.

2.5. IMPORTANCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO

La enfermedad mental es frecuente en los pacientes con fibromialgia y numerosos estudios han demostrado que tienen un mayor riesgo de Depresión Mayor a lo largo de la vida, observándose unas tasas de comorbilidad entre 20% y 80% y aproximadamente un 30% presentan de forma coexistente ansiedad y depresión, que precisan un tratamiento prioritario (González, Elorza y Failde, 2010) . Pueden ser previos o concomitantes al síndrome, quizás debido en parte a la situación, la forma como el consultante construye y atribuye significado a lo que le acontece, su conducta o las repercusiones en la forma en cómo presentan los síntomas a su entorno familiar. El síndrome puede generar incompreensión por parte del entorno familiar y facilitar en el individuo afecciones tales como ansiedad y frustración al ver disminuida su calidad de vida (Giovanazzi, Barraza y Díaz, 2017).

García-Bardón, Castel-Bernal y Vidal-Fuentes (2006) indican que no hay lesión estructural en los pacientes con fibromialgia y que las pruebas objetivas complementarias para el diagnóstico (analíticas, radiológicas...) son normales, hecho que justifica en parte la implicación de los aspectos psicológicos. Por otro lado la disfunción del sistema nervioso autónomo es un hallazgo consistente y reproducible. El término psicológico engloba muchos aspectos; emociones, afectos, conflictos, cogniciones, modos de afrontamiento, etc. pero también incluye relaciones interpersonales, habilidades de comunicación, capacidades para resolver las dificultades y mecanismos de adaptación del sujeto. En general, los pacientes con FM han tenido más trastornos emocionales, un repertorio más escaso de estrategias para afrontar el dolor, una red de relaciones sociales mucho más escasa y vínculos sociales mucho más negativos que el resto de la gente. Los clínicos también reconocen una asociación entre el inicio de la FM y los estresores psicológicos crónicos.

2.6. INTERVENCIÓN ACTUAL EN FIBROMIALGIA

Los objetivos del tratamiento en la fibromialgia (FM) son aliviar el dolor, mantener o restablecer el equilibrio emocional, mejorar la calidad del sueño, la capacidad física, la astenia y los problemas asociados (Alegre et al., 2010).

El curso es a menudo crónico con ligeras variaciones por lo que el paciente con fibromialgia difícilmente estará sin síntomas, así que los objetivos irán encaminados a mejorar su calidad de vida y ayudarle a mejorar su funcionamiento psicosocial (Pascual y Cerecedo, 2015). A esta enfermedad, por sus características propias se le asigna un tipo de tratamiento que no es curativo sino que pretende ser preventivo de unos síntomas y paliativo de otros. Dado que se trata de un trastorno con tan variada sintomatología y con una considerable comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y físicos, han sido probados tratamientos de muy diversa

naturaleza, siendo los más empleados en la actualidad el farmacológico, el ejercicio físico y la terapia psicológica (en particular desde el enfoque cognitivo-conductual). En la mayoría de las ocasiones estas pacientes llevan un tratamiento multifacético (no necesariamente multidisciplinar) que combina diversos tratamientos farmacológicos, ejercicio físico y dieta, entre otros (Peñacoba, 2009).

El tratamiento psicológico por su parte, va dirigido a controlar los aspectos emocionales (ansiedad y depresión principalmente), cognitivos (percepción de la propia eficacia, la creencia sobre la capacidad personal para sobreponerse o manejar los síntomas), conductuales (actividades ordinarias que se ven reducidas o eliminadas como consecuencia de la FM) y sociales (impacto de la enfermedad en la esfera sociofamiliar del paciente). Todos estos factores tienen un papel desencadenante y/o agravante de los síntomas del síndrome fibromiálgico (García-Bardón, Castel-Bernala y Vidal-Fuentes, 2006). Los tratamientos también buscarán ayudar a la persona a aprender técnicas de afrontamiento que le permitan responder adecuadamente al dolor y a otras manifestaciones clínicas (Peñacoba, 2009).

La aproximación cognitivo-conductual es planteada como una estrategia de intervención útil para el tratamiento de los problemas de dolor crónico en general y de la FM en particular e incluye diferentes técnicas (fisiológicas, conductuales y cognitivas) que se utilizarán dependiendo del objetivo terapéutico marcado. Entre ellas figuran: las técnicas fisiológicas como la relajación en sus variantes o el biofeedback con el objetivo de disminuir la tensión y por lo tanto la intensidad del dolor, las técnicas conductuales para reducir las conductas de dolor y el aumento de conductas adaptativas, y las técnicas cognitivas dirigidas fundamentalmente a lograr que la idea del problema que tiene el paciente se ajuste a la realidad, como es la reestructuración cognitiva que busca flexibilizar los pensamientos negativos e introducir otros pensamientos más positivos o adaptativos (Lledó, Pastor y López-Roíg, 2012).

Peñacoba (2009) expone las principales áreas de actuación en la fibromialgia: estrés y sintomatología asociada, control del dolor, regulación de las actividades, ansiedad y depresión, funciones cognitivas, adaptación social y ocupacional o las ideas irracionales sobre el desempeño y la autoexigencia. Además, indica que no debemos olvidar la intervención en otras áreas que requieren especial atención en las personas con esta dolencia, como son la afectividad y sexualidad (que genera dificultades interpersonales y reacciones emocionales negativas), educación familiar (logro de apoyo y colaboración familiar) o la adhesión terapéutica.

3. ¿QUÉ PUEDE APORTAR LA VISIÓN SISTÉMICA Y RELACIONAL?

3.1. ¿ES LA FIBROMIALGIA UN TRASTORNO PSICOSOMÁTICO? DUALIDAD MENTE-CUERPO. PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD COMO VÍA DE COMPRENSIÓN

Los síntomas son la expresión de la experiencia subjetiva del paciente, mientras que la enfermedad es una anomalía demostrable mediante la observación o las pruebas por lo que el mundo médico se encuentra con un problema cuando no puede encontrar datos objetivos que expliquen las quejas del paciente. Entonces no caben las explicaciones que hagan “reales” a enfermedades como la fibromialgia y se ponen sobre la mesa las interpretaciones puramente psicogénicas que se construyen sobre el hallazgo de una frecuente asociación con trastornos afectivos y/o con la presencia de antecedentes de

acontecimientos traumáticos en la infancia de los pacientes. El mecanismo patogénico sería la expresión; a través del cuerpo; de conflictos psicológicos y/o diferentes grados de estrés no expresados (Diéguez 2009).

La etiología de esta enfermedad no está clara y tras múltiples intentos de comprenderla aún continúa el debate sobre si tiene un origen orgánico o más bien es mental/psicológico y los afectados por su parte siguen reclamando su entidad real y física. Lo que sí parece cierto es que en el lenguaje común, a una enfermedad calificada como “psicosomática” se le adjudican posibles significados orientados a la creencia de que la enfermedad es solo mental, inexistente o producto de la imaginación y que quien la sufre es culpable de sus síntomas y el sufrimiento que le conllevan.

En relación con esto, considero que tratar de definir actualmente una enfermedad o trastorno de naturaleza psicosomática frente a otros de carácter exclusivo psicológico o físico es una cuestión que no se ajusta a la realidad (Sánchez et al 2001). Las evidencias de la interrelación entre ambos aspectos están bien establecidas y añadiría que lo que se produce es una circularidad entre ellos.

En la parte “psico” están los factores asociados a la esfera de lo “mental” como son los cognitivos o emocionales y en la parte “somática” se hace referencia a la faceta más “corporal”, vinculada a lo orgánico y lo visible/tangible (Gómez, 2012). La visión dualista del ser humano en cuanto a cuerpo-mente nos ha llegado desde la Edad Antigua a raíz del método analítico de Descartes que buscaba explicar fenómenos complejos reduciéndolos a sus componentes elementales. Esta visión sería la base de la dicotomía mente-cuerpo, concepción mecanicista de la que emergió que la concepción biomédica reduccionista que ha sido imperante en nuestra cultura sanitaria.

Sin embargo, desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, se ha propuesto una revolución epistemológica basada en dos cambios radicales: pasar de la causalidad lineal a la circular y de la particularidad o del individuo a la totalidad y al sistema (Onnis, 1996). Desde esta perspectiva el término “psicosomático” por tanto queda obsoleto pues las contraposiciones dicotómicas cartesianas de mente-cuerpo, biológico-psicológico, natural-cultural, individual-familiar, pierden su significado al aceptar la óptica de la complejidad, la cual contempla una pluralidad de puntos de vista y de modelos interpretativos, estableciendo correlaciones recursivas entre diferentes niveles de realidad.

En este sentido, Onnis (1997) habla del trastorno psicosomático como un fenómeno complejo, alejado de las dicotomías reduccionistas de los modelos científicos clásicos y que requiere un enfoque diferente que contemple todos los componentes en juego y la circularidad sistémica que los correlaciona. Se trataría de una acepción de la enfermedad basada en una óptica de la complejidad, reconociendo una multiplicidad de niveles que son, al mismo tiempo, autónomos e interrelacionados, complementarios y circularmente integrados.

3.2. LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA

Las nuevas psicoterapias, donde se incluye el modelo sistémico, incorporan el punto de vista de la salud y no solo de la enfermedad, entendiendo al Ser Humano no como un enfermo, sino como una persona con problemas por afrontar y resolver, sin negar por ello la existencia de la patología. Esto implica entender a la “persona en relación” y no como un sujeto aislado, comprendiendo los diferentes entrelazados de complejidad en los que se encuentra inmerso y de donde pueden surgir dificultades que pueden complicarse y transformarse en problemas que bloquean los desarrollos evolutivos individuales y del sistema al que la persona pertenece (Ceberio y Linares, 2005). Observando el contexto relacional de la familia, el síntoma somático

es coherente con las reglas de ese sistema en el que aparece y en el que tiende a perpetuarse llegando a la cronicidad si no se interviene a tiempo y cuando se modifican ciertos modelos de interacción significativos, se generan cambios en los síntomas psicósomáticos.

A lo largo de las últimas décadas, diversos terapeutas y escuelas sistémicos han aportado su visión sobre los trastornos psicósomáticos y las características de las familias donde surgen estas sintomatologías. La fibromialgia cuenta con diversas manifestaciones en la línea de las somatizaciones por lo que considero que pudiera tomar para su estudio y comprensión, algunos conceptos procedentes de la epistemología sistémica y de las aportaciones al respecto.

➤ Minuchin y la escuela estructural

La estructura familiar es el conjunto de pautas funcionales conscientes o inconscientes que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las transacciones repetidas establecen regularidades acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, todo lo cual caracteriza al sistema y se originan en las expectativas mutuas de los miembros de la familia (Valdés, 2007).

Minuchin y Fishman (1983) indican que entre las características de las familias con problemas psicósomáticos se incluyen la sobreprotección, fusión o unión excesiva entre sus miembros (aglutinamiento), incapacidad de resolver conflictos y una rigidez extrema que conlleva la resistencia al cambio, destacando asimismo las relaciones de lealtad. Parecen la familia ideal. El aglutinamiento de estas familias permite las intromisiones continuas en la autonomía y privacidad de unos y otros, existiendo un problema de definición de límites entre subsistemas e individuos que puede derivar en una confusión de roles y funciones.

El enfoque familiar permite atacar el estrés emocional en su origen al ampliar el foco de los síntomas psicósomáticos y prestando atención a la detección de metáforas del dolor emocional. Los síntomas son una forma única de comunicación y el terapeuta puede ayudar a las familias a entender y controlar los intercambios emocionales que las afectan (Minuchin, Nichols y Lee, 2011). El estrés no solo incrementa la probabilidad de sentir más dolor o tener disfunciones gastrointestinales o del sueño, sino que también determina cómo se organiza la familia para apoyar y proteger a sus miembros.

➤ Luiggi Onnis

Me muestro de acuerdo con Onnis (1997) cuando cita: “todo comportamiento humano, comprendidos los sintomáticos, solo puede ser descodificado, y eventualmente cambiado, trabajando en el contexto y junto al contexto de pertenencia” (p.24). Para este autor, el sistema familiar es el contexto elegido por dos razones : una es la consideración de la familia como contexto primario de aprendizaje, experiencia, diferenciación e individuación, con una clara circularidad entre el paciente, su síntoma y la familia, y la segunda es la existencia de las intersecciones de diferentes planos y niveles que confluyen en la familia (historias individuales y colectivas, valores, mitos y fantasmas, pasado y presente, etc.).

En cuanto a los modelos interactivos de los sistemas familiares con problemas psicósomáticos, Onnis los considera complejos, con una delimitación inestable en las fronteras entre generaciones y tendencia constante a la intrusión en los espacios; no sólo físicos sino también emocionales; de cada uno de los integrantes. Presentan además, un bajo grado de tolerancia hacia las tensiones conflictivas que impide explicitar los desacuerdos y la posibilidad de definir claramente las relaciones y todo ello en el marco de un consenso unánime de pseudoarmonía, negando la presencia de cualquier otro problema que no sea el síntoma del paciente pues cada

tensión y preocupación gira en torno a éste, mostrando la función protectora que ejerce circularmente sobre la homeóstasis familiar. Estos procesos dificultan los procesos de individuación y diferenciación, favoreciendo aún más la aglutinación. En este sentido, el mito de la *“unidad familiar”* que hay que sostener a cualquier precio esconde al *“fantasma de la ruptura”*, con la amenaza de que la aparición de un conflicto disgregue a la familia en lugar de generar un salto evolutivo.

La enfermedad *“psicosomática”* abandona su rol de *“avería que arreglar”* propio del modelo biomédico y asume el papel de *“indicador de malestar”* que no sólo se adjunta al paciente (su portador *“oficial”*), sino también al sistema o contexto al que pertenece. El síntoma se acaba considerando como la mejor manera que el enfermo y toda su familia han encontrado para comunicar una serie de *“realidades”*, que van desde el sufrimiento físico más inmediato hasta lo disfuncional de las reglas y normas estructurales de la familia. Es pues un mensaje y conviene ser interpretado con ayuda del contexto que le enmarca y le da sentido, antes de pretender destruirlo sin más.

El lenguaje del síntoma, expresado somáticamente por el paciente, no es sólo el lenguaje del cuerpo de éste sino de la totalidad del cuerpo familiar, convirtiéndose así en una *“metáfora familiar”* que es expresión de los modelos interaccionales y mitos compartidos que determinan rígidamente las comunicaciones dentro del sistema familiar y a las cuales el paciente debe adaptarse (Onnis y Ceberio, 2007). Para Onnis (1997), el paciente identificado era el *“rebelde”* de la familia, el que manifestaba implícitamente con sus síntomas el fracaso de las actuales dinámicas familiares y la necesidad de cambio en el sistema.

Añadiría que la enfermedad no requiere intervenciones reparativas que retornen al estado anterior sino procesos de transformación y cambio, al ser vista simultáneamente como punto crítico de inestabilidad y como momento favorable para comenzar un crecimiento hacia nuevos ordenes de equilibrio y complejidad.

➤ [kornblit y la somática familiar](#)

Kornblit (1996) expone que el paradigma sistémico incluye una óptica globalizadora y holística que abarca el ciclo evolutivo familiar y que no postula que las variables psicológicas influyen sobre el funcionamiento orgánico o a la inversa, sino que contempla la respuesta del individuo como global, ya sea que sus manifestaciones se den más en lo orgánico o más en lo mental. La enfermedad sería el modo en que se expresa la respuesta frente al estrés (sea en uno u otro nivel o en ambos a la vez) con un doble sentido en relación al sistema donde surge: establecer la homeostasis debido a su potencial autorregulador (como mecanismo que permita la cohesión) y denunciar un desequilibrio (recurriendo a alguna instancia externa al sistema para que le sane). Añade a esto que la queja a nivel del cuerpo es un modo de evitar el conflicto subyacente y también un modo de solucionarlo.

Se requiere explorar que está diciendo el paciente a los demás a través de su enfermedad y que modificación se produce en el sistema a partir de su eclosión, además de contemplar la situación previa que hizo que la enfermedad fuese necesaria como respuesta. En esta perspectiva la enfermedad orgánica y la mental hablando en términos del modelo tradicional son evaluadas de forma paralela poniendo el énfasis en el rol de enfermo, las acomodaciones del sistema ante su presencia y a qué necesidad del sistema responde la presencia de la enfermedad en él.

➤ *Cancrini*

Cancrini y La Rosa (1991) dicen en “La Caja de Pandora” que los trastornos psicossomáticos se mantienen y agravan por las reacciones de las personas y el ambiente más próximo al introducirlos dentro de circuitos inter- e intra-personales redundantes donde los síntomas pasan a ser útiles para la persona y el sistema. Lo ven como si existiese una disponibilidad orgánica que estuviese atrayendo sobre el cuerpo el desplazamiento de conflictos o la manifestación de las tensiones interpersonales, pues estos trastornos son menos graves si se controla la complicación relacionada con su uso psicológico defensivo.

En la edad adulta, los síntomas psicossomáticos se manifiestan en personalidades estructuradas sobre defensas de nivel neurótico y pueden tomar un papel importante en las reglas de relación en la familia o entre la pareja. Cancrini expresa su idea de que se trata de un trastorno del área neurótica asociado a la fase de organización del joven adulto pero que también puede manifestarse en otras fases del ciclo vital. En cuanto a la individuación, en estos trastornos es difícil pero posible. Desde el punto de vista clínico, estos autores plantean las intervenciones sobre la familia partiendo de la posibilidad de: reconstruir el significado interpersonal del síntoma situándolo en su contexto comunicativo, usar terapéuticamente dicha reconstrucción y la de que se pueda verificar la relación entre síntomas y defectos de individuación.

4. RELACIÓN ENTRE FIBROMIALGIA Y EL SISTEMA FAMILIAR

4.1. LA ENFERMEDAD Y LA FAMILIA

A lo largo del ciclo vital o evolutivo familiar se pueden presentar situaciones y/o factores estresantes que pueden afectar a su funcionamiento, como en el caso de que uno de sus miembros tenga fibromialgia u otra enfermedad crónica. A pesar de que se considera un problema médico, propongo verlo también como un problema familiar, ya que el consultante es un miembro de la familia que provocara cambios y transformaciones en el contexto familiar, y que a su vez necesita el apoyo necesario en éste para obtener una buena calidad de vida (Alegre et al., 2010).

Algunos estudios rescatan la importancia de la familia en enfermedades de dolor crónico. Por ejemplo, Giovanazzi, Barraza y Díaz (2017), concluyen que las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y severidad de síntomas se relacionan con variables como la falta de apoyo psicológico, la ocurrencia de acontecimientos traumáticos a lo largo de la vida, escasez de redes de apoyo y las repercusiones que ha generado el síndrome en la rutina familiar, variable de gran relevancia que se encontró en el 82% de los participantes. Por su parte, Ubago et al. (2005), refieren que los quiebres, duelos y/o rupturas en el sistema familiar generan gran repercusión psicológica en los individuos que padecen de fibromialgia, a la vez que la sintomatología aumenta significativamente cuando no existe apoyo o educación sobre la enfermedad en el entorno familiar. Se puede decir que las relaciones interpersonales (las del enfermo con su familia y consigo mismo) pueden afectar significativamente la evolución de las enfermedades, su recuperación, la forma de percepción y manejo del dolor. Los pacientes siempre van a consulta “con” su familia (Galfré y Barinboim, 2001).

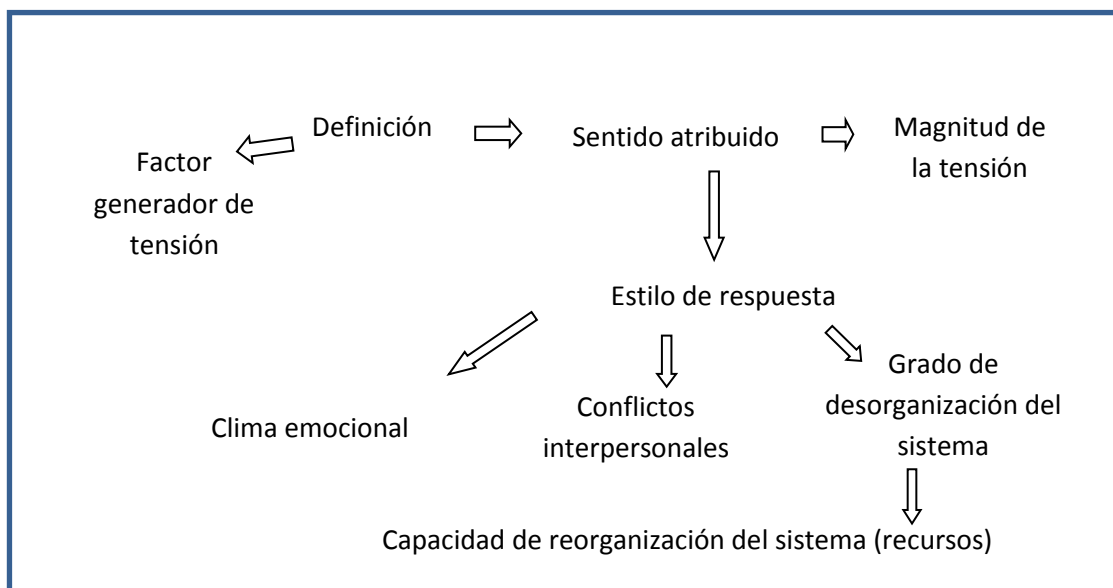
La aparición de la enfermedad crónica en un miembro del grupo familiar se puede considerar como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros, y a que la familia podrá responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. Para adaptarse a la nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de manera que se generan cambios en las interacciones

familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar. En el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente tendrán que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. La condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no sólo impactan el funcionamiento de la familia, sino también la evolución de la propia enfermedad (Galfré y Barinboim, 2001).

Podemos encontrarnos ante un sistema familiar definido por el problema, cuando sus miembros se ven tan afectados por la enfermedad que invade todas sus interacciones lo cual puede ir unido a situaciones sin resolver o pautas disfuncionales transmitidas generacionalmente, que dificultan enormemente que la familia asimile el desafío que presenta una enfermedad grave.

Kornblit, en su libro “Somática Familiar” (1996) identifica esta crisis como el grado de desorganización que el impacto de la enfermedad produce en la familia, el cual dependerá mucho de dos variables: el tipo de enfermedad y sus dimensiones (curabilidad, dolor, incapacidad, modo de comienzo y evolución, creencias sobre ella, tipo de tratamientos implicados, etc.) y la dinámica o estilo del grupo familiar (continuo cohesión apego, permeabilidad de los límites, etc.)

Igualmente, la autora ejemplifica en este esquema cómo la eclosión de la enfermedad es un input al sistema, las respuestas adaptativas de éste es el output y en medio está el procesamiento que la familia hace de la enfermedad, el cual implica una dimensión temporal y dinámica donde se ubica el continuo “aceptación-rechazo de la condición de enfermedad” que influirá en la evolución de ésta:



Kornblit (1996) explica el concepto de “estilo de respuesta de la familia” el cual se expresa por el estado emocional de los miembros de la familia nuclear y extensa que configura un cierto clima, el conflicto interpersonal emergente y el grado de desorganización del sistema. Dice pues que en general se observan dos patrones de respuesta, que se disponen a lo largo de un continuo de respuestas posibles:

-*Tendencia centrípeta*: aumenta notablemente la cohesión interna en torno a la situación de enfermedad, de manera que toda la familia gira alrededor del enfermo (pasa a ser el centro de las interacciones, absorbiendo la energía y restando posibilidades de desarrollo y crecimiento a los demás).

-*Tendencia centrífuga*: desarrollo de conductas evitativas en torno a la situación de enfermedad, en general a expensas de que uno de ellos sea el principal cuidador del enfermo, lo cual favorece su dependencia respecto a esta persona quien dificulta o evita la autonomía de aquel mediante cuidados y sobreprotección.

Los factores tensionantes que afectan al sistema familiar pueden ser normativos o evolutivos (transiciones esperables a lo largo de su ciclo vital) o no normativos o externos como el caso de un enfermedad o incapacidad crónica. La concurrencia de algunos factores tensionantes afectará a la vulnerabilidad familiar y también a su capacidad regenerativa o de reorganización.

La respuesta del sistema familiar representa su particular manera de adaptarse a ella y para Kornblit (1996) se trata de un proceso en tres fases que describo en la siguiente tabla:

Periodo de desorganización

El impacto de la enfermedad rompe la estructura de funcionamiento familiar a lo largo de líneas de fractura ya esbozadas previamente en el sistema, como puede ser una unión conyugal poco consolidada.

Riesgos: que la etapa trate de ser saltada por verse incapaces de tolerar la desestructuración consecutiva a la crisis, una reorganización precoz que parte de la negación más que de la aceptación para evitar tomar contacto con la realidad que plantea la enfermedad o que este periodo llegue a niveles tan profundos que sea difícil para la familia rescatarse a sí misma de esa situación, momento en que es imprescindible la intervención de un equipo asistencial.

Punto de recuperación:

Aquel a partir de cual es posible salir de la crisis y una mayor asimilación del aprendizaje sobre el manejo de la enfermedad. Se presentan indicios como la activación de un miembro que permanecía más pasivo, solicitud de información, reconexión con personas que fueron significativas, búsqueda de grupos de apoyo, etc.

Fase de reorganización

Puede pasar que se consolide la estructura anterior o que se llegue a una nueva distribución de papeles o adjudicación y asunción de roles. Para que sea exitosa debería lograrse: conservar el equilibrio entre cohesión-independencia y autoafirmación de todos los miembros de la familia, mantener los límites adecuados entre subsistemas y flexibilizar los que existen frente al exterior, desarrollar relaciones abiertas y alentar proyectos vitales de cada uno.

Riesgos : que se reorganicen en torno a la enfermedad y el enfermo pase a ser el centro de la red relacional restándose posibilidades de desarrollo y crecimiento para el grupo y cada uno de sus miembros, que se reorganicen alrededor de un vínculo privilegiado o alianza/coalición entre algún miembro y el enfermo, tomando el control de la evolución de la enfermedad, un cambio drástico en la estructura del grupo sin que operen los mecanismos reguladores, o que aparezcan efectos colaterales en otras áreas de sistema.

No se puede obviar que la enfermedad de un miembro de una familia implica un significativo cambio de hábitos y una importante reorganización de la vida personal y familiar, proceso que va acompañado de una gran angustia que puede dificultar la necesaria reorganización (Galfré y Barinboim, 2001). Sin embargo también es cierto que, como indica Navarro (2004), el impacto de la enfermedad produce dolor y problemas pero no necesariamente psicopatología. Las

alteraciones son producto de dicho impacto y en realidad son frecuentemente adaptativas. Siempre se puede aprender y crecer como consecuencia de la enfermedad.

Navarro (2004) agrupa tres categorías de elementos de evaluación: estructurales, de proceso y de respuesta emocional y cognitiva, que representan alteraciones de tres subsistemas: el paciente, la familia y su red social y los profesionales de la salud. Lo que sucede en las familias al aparecer la enfermedad tiene que ver con la resultante del juego mutuo de los tres y evaluar significa conocer lo que ocurre “en y entre” los subsistemas.

TIPO ALTERACION	SUBSISTEMA AFECTADO
ESTRUCTURAL Coaliciones y exclusiones emocionales Patrones rígidos Aislamiento social Cambios en roles y funciones Cuidador primario familiar	Familia/Red social Familia/Red social/servicios Familia Familia Familia
DE PROCESO Compatibilidad Mecanismos de afrontamiento difíciles de cambiar Interdependencia entre ciclo vital familiar, individual y de la enfermedad	Familia/Enfermo Familia/Enfermo/Red social Familia/Enfermo
EMOCIONAL-COGNITIVO Complejo emocional Alta expresión de emociones Conspiración el silencio Malas experiencias con profesionales de salud Duelo Búsqueda de significado Problema del control Incertidumbre Rol del sistema de creencias familiares	Familia/Enfermo Familia/Enfermo Familia/Enfermo/Servicios Familia/Enfermo/Servicios Familia/Enfermo Familia/Enfermo Familia/Enfermo/Servicios Familia/Enfermo Familia/Enfermo

Algunas **características de estas alteraciones** son presentadas a continuación:

Alteraciones estructurales: Las más significativas tienen que ver con el desarrollo y negociación de nuevos roles y funciones, los patrones rígidos de interacción y los problemas de límites interpersonales y con el exterior.

-Alteraciones en roles y funciones familiares: Al surgir una enfermedad, la distribución de roles y funciones familiares necesita redefinirse de una forma tanto más profunda y complicada cuanto más importantes fuesen los roles y funciones de la persona que enferma (Rolland 2000). Por ejemplo, la enfermedad de uno de los padres impone una mayor tasa de cambio en funciones y si es un hijo primará el ajuste emocional sobre el estructural. Asumir un rol no es un proceso automático sino que lleva un tiempo de negociación implícita o explícita y de aprendizaje de las habilidades ligadas a él.

Por otra parte, el rol de cuidador del enfermo se asigna generalmente por adscripción cultural y con una pauta ligada al género (las mujeres suelen recibir las funciones de servicio) y en caso de repartir funciones en contra de pautas culturales se exige clara negociación explícita. El rol de cuidador primario conlleva uno de los cambios estructurales más trascendentes, pues en

muchas ocasiones la persona que lo adopta debe renunciar a proyectos personales u otras áreas vitales, pudiendo además quedar agotada física y psicológicamente según el grado de demanda por parte del tipo de enfermedad y otras características del contexto (Navarro, 2004). Por último, considero que tampoco se debe olvidar que para la persona que enferma perder el rol o la función familiar implica asumir la enfermedad.

En cuanto a la parentalidad, cualquiera de los miembros del sistema parental puede sentir que su desempeño en sus funciones puede verse amenazado durante el proceso de enfermedad: el progenitor que ve mermadas sus capacidades por no poder desempeñar su rol como quisiera y el que debe asumir tareas extra por sentirse en ocasiones desbordado.

-Rigidez en los patrones de interacción: toda familia tiene sus pautas de interacción características que pueden hacerse inoperantes si se tornan rígidas. Un patrón de este tipo es la sobreprotección, que implica hacer lo que la persona enferma puede realizar por sí misma y cuya consecuencia es que la limita aún más e impide que desarrolle sus habilidades. Otro patrón rígido es la coalición entre miembros de la familia, triangulaciones, etc. La rigidez se relaciona con su persistencia y costo emocional, así como en la dificultad para el cambio.

-Permeabilidad de los límites del sistema familiar: la familia como sistema abierto mantiene con su contexto relaciones, entrando y saliendo información. En general, la aparición de enfermedad crónica en uno de los miembros tiende a favorecer un mayor aislamiento de dicho sistema con el medio. Y aunque cada grupo familiar es único en lo que respecta a su forma óptima de funcionamiento, existen tres principios generales de optimización en los límites del sistema: lograr contextos sociales inmediatos colaborativos, discriminación del grupo familiar nuclear frente a la familia extensa y el mantenimiento de límites claros entre los subsistemas familiares, conyugal, parental y filial (Kornblit, 1996).

-Aislamiento social: cualesquiera que sean las razones o motivos, el aislamiento social tiene capacidad de potenciar el impacto negativo de estar sujeto a una condición crónica, aumenta la vulnerabilidad ante posibles trastornos mentales y/o físicos y dificulta el acceso a formas alternativas de afrontamiento a la enfermedad. Disponer de una adecuada red social permite recibir el apoyo necesario, aunque en el caso del dolor crónico, si se sufre a la persona enferma en sus tareas o no le permiten hacer nada, el apoyo social puede exacerbar la sintomatología de la enfermedad.

Alteraciones de proceso: Navarro (2004) expone que dichas alteraciones tienen que ver con el solapamiento o interrelación de demandas evolutivas diferentes de los individuos, la familia, la pareja y la propia enfermedad, pues son difíciles de satisfacer al mismo tiempo.

Una familia se hace más competente para manejar las transiciones en el ciclo vital cuando además de las pautas transaccionales habituales posee pautas alternativas que puede movilizar rápidamente para responder a las nuevas demandas. Las transiciones suelen ser más complicadas cuando le es imposible pasar gradualmente a la etapa siguiente, ya sea por poseer un repertorio limitado de conductas que le hace atascarse en las viejas pautas o porque la aparición de un estrés inesperado (como es un problema grave de salud) requiere de nuevas pautas de relación casi inmediatas y para las cuales la familia no ha tenido tiempo de prepararse (Valdés, 2007).

-Compatibilización de intereses o necesidades: será necesario tratar de compatibilizar las demandas de cuidado con las prioridades personales y colectivas de la familia, la cual se verá afectada negativa y positivamente como un todo. Rolland (2000) añade que no es fácil poner a la enfermedad en su lugar en el contexto de las necesidades de pareja, familiares e individuales. Lo normal es que exista alguna tensión y una toma de decisiones constante para

equilibradas, sin olvidar los parámetros psicosociales de la enfermedad (su comienzo, curso, resultado y grado de incapacitación) influyendo en el impacto que tiene sobre la familia.

-Impacto en el ciclo evolutivo: La enfermedad interfiere con los ciclos evolutivos de las personas y las familias en su conjunto, por lo que las tareas normativas de cada etapa se pueden ver perturbadas en algún grado. En general se prolongan o no terminan de resolverse y se puede producir un conflicto entre la necesidad de ayudar en lo que ocurre dentro de la familia y la de dar respuesta a las necesidades personales al mismo tiempo.

El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento del ciclo vital de una familia y del miembro al que le ocurra. Por ejemplo, en casos de adultos jóvenes, las tareas normativas de esta etapa incluyen el desarrollo individual, familiar y social, por lo que la enfermedad puede afectar significativamente y generar sensación de que la vida se ha detenido. Si aún no se ha emancipado es posible que se impida o retrase ese momento y si vive en pareja se puede generar una situación de aumento de tensión y la necesidad de redefinir la relación. En cuanto a red social, normalmente el impacto se da más en su mantenimiento (aquí influyen las actitudes ante la enfermedad o el grado de interferencia que tenga en el contacto social).

Respecto a los años medios, las tareas a realizar tienen que ver con la emancipación de los hijos y el retomar la relación de pareja, las actividades de tiempo libre, el cuidado de padres ancianos o la aceptación de cambios físicos derivados de la edad. También puede darse un cambio de intereses y metas, o se retoman algunas abandonadas en etapas previas de la vida.

-Evolución de la enfermedad: las enfermedades atraviesan fases que plantean tareas específicas y la necesidad de que enfermo y familia puedan cumplirlas. Navarro (2004) las presenta en la siguiente tabla:

FASE DE LA ENFERMEDAD	TAREAS REQUERIDAS
AGUDA	Informarse sobre el diagnóstico, pronóstico y papel de la familia Relación con sistema médico Respuesta de emergencia Convivir con la enfermedad
CRÓNICA	Rediseñar roles familiares y papel del enfermo Adscripción del rol de cuidador Mantener la enfermedad en su lugar Compatibilizar cuidados con planes de la familia Apoyo social (emocional, informativo, material)

La **fase aguda** es el periodo previo y posterior al diagnóstico, los síntomas están presentes y se tiene la sensación de que algo va mal. En este momento tiene mucha importancia el lograr asumir la información trasladada por el diagnóstico, reorganizar la identidad y la vida (roles, prioridades y relaciones), generar recursos o construir una narrativa de esperanza. La reorganización de la vida puede suponer un cambio en las prioridades, los estilos de vida o los hábitos saludables. En todo caso se trata de reorganizarla para poder afrontar los problemas generados por la enfermedad.

La **fase crónica** viene marcada por la presencia permanente de la enfermedad y su progresión, con una constante necesidad de cambio en las estrategias de afrontamiento de enfermo y familia. La enfermedad y su tratamiento se convierten en algo cotidiano para todos, una parte más de sus vidas. Enfermo y familia han de cumplir tareas como manejar síntomas y efectos de la medicación, recuperar la salud en lo posible, manejar el estrés, aumentar el apoyo social y

reducir el aislamiento, normalizar la vida a pesar de la enfermedad, preservar la identidad familiar e individual, redefinir sus relaciones, expresar miedos y sentimientos o encontrar un sentido a la cronicidad. También es importante reconocer la necesidad de compaginar el cuidado de la enfermedad con la vida familiar de pareja e individual.

La tarea fundamental según la enfermedad va evolucionando será mantener algo parecido a una vida normal bajo condiciones 'anormales', a la vez que se facilita la autonomía de todos los miembros del sistema, superando la tendencia hacia la dependencia y cuidado mutuos propios de la cronicidad y la incertidumbre presentes. La expresión de las necesidades individuales y la participación en actividades independientes de cada miembro son caminos adecuados para superar esa dependencia (Rolland, 2000).

Alteraciones de respuesta emocional y cognitiva: Las emociones son lo más característico de la respuesta a la enfermedad, ya que trunca expectativas y fuerza realidades que hay que asumir se esté o no preparado para ello. Es un marco de emociones intensas dentro del cual existen también alteraciones estructurales y procesuales tanto del paciente como de su familia, redes sociales y profesionales que le atienden, pues todo ello se interrelaciona y refuerza mutuamente (Navarro, 2004).

-En cuanto a la respuesta al diagnóstico: En lo que respecta al paciente, es frecuente que aparezca incredulidad, shock debido a una sobrecarga emocional, mecanismos de defensa como la negación o el desplazamiento, miedo, ansiedad, culpabilización de otro, violencia que puede encubrir miedo, culpa y autorreproche, esperanza o desesperación, depresión, lloros, dependencia de los profesionales, alivio, frustración, uso del humor que pone en perspectiva a la amenaza, incertidumbre, negociación para ganar control sobre la situación, etc.

La reacción de la familia suele incluir respuestas de protección, rabia, culpa y/o miedo. La familia da a la enfermedad una respuesta emocional compleja donde se mezclan afectos positivos y negativos de diversa naturaleza. Ante la contrariedad, agresividad, culpa, impotencia, injusticia, miedo etc, se puede sentir angustia o culpa, lo cual se complica al considerar la expresión de esas emociones como algo inadecuado. Y si no son expresadas la ansiedad aumenta, entrando en un circuito cerrado muy destructivo.

-El duelo en la familia: la aparición de la enfermedad impone realizar un duelo por las muchas pérdidas que se van presentando y este es un elemento clave para comprender la dinámica familiar. Se pierde algo para la familia en su conjunto y para el enfermo en particular. Este duelo es realizado tanto individualmente como por cada miembro del sistema entre otros aspectos por los proyectos personales afectados, el sacrificio de la normalidad que no se puede ya disfrutar o los planes y sueños que se tenían y difícilmente se cumplan. El enfermo también ha de renunciar a oportunidades, proyectos, relaciones, capacidades etc. A nivel de pareja está la amenaza de perder una vida de relación más intensa y la familia como un todo se verá afectada tanto negativa como positivamente, restando disponibilidad para otras actividades externas algunas irrealizables ya. La pérdida y el duelo siempre están ahí.

-Sistemas de creencias y significados: Dentro de cada familia se va construyendo un sistema de creencias que permite a sus miembros dar sentido a las distintas pautas de funcionamiento familiar y que influye en los procesos y la dinámica familiar, ya que poseen una enorme influencia en las relaciones que se establecen entre sus miembros. A su vez las conductas que se producen como resultado de estas creencias sirven para justificarlas y mantenerlas. El sistema de creencias familiares debe ser lo suficientemente flexible o permeable como para que los distintos integrantes puedan aceptar formas diferentes de ver las cosas (Valdés, 2007).

De manera inevitable las familias construyen historias sobre las causas de la enfermedad y las creencias familiares componen el marco desde el que se vive y afronta dicha condición, facilitándola o complicándola (Navarro, 2004) a lo que Kornblit (1996) añade que es desde la construcción que la familia hace de la enfermedad, o el sentido que le da, de donde nacen las reglas que regirán el modo en que la familia se enfrentará a ella, estando aquí incluidas las creencias (que suelen ser acríicas, no cuestionadas y surgen automáticamente) y las actitudes frente a dicha enfermedad. Así pues, la definición que hace la familia de la gravedad de los cambios impuestos por la enfermedad influye directamente en su vulnerabilidad ante la crisis. Las creencias muchas veces son transmitidas a través de mitos populares y familiares. Explorar sus experiencias pasadas con enfermedades y pérdidas permite conocer el legado de mitos, tabúes, expectativas, creencias y valores con los que se enfrentan a la experiencia actual y también las diferencias culturales o religiosas tienen su papel.

Comunicación en la familia: La comunicación en el proceso de enfermedad tiene gran relevancia. En el caso de la familia, ésta puede albergar diversos sentimientos sobre los cambios observados en el enfermo y puede no expresarlos por miedo a causarle más preocupaciones, o que no sepan qué decirle o cómo expresar sus sentimientos (Navarro, 2004.) Por otra parte, el “pacto de silencio” es un patrón comunicativo frecuente en familias con miembros enfermos, que consiste en no hablar sobre la naturaleza y el desarrollo de la enfermedad aparentando todos que su vida sigue con normalidad, lo cual levanta un muro infranqueable que impide al enfermo recibir el apoyo y la ayuda de sus seres queridos (Gallastegui, 2017). Es importante asimismo que el enfermo comprenda cómo su enfermedad y sus reacciones afectan a éstos también.

Rolland (2000) por su parte concluye que una comunicación abierta, delicada y apropiada a la edad entre los miembros de la familia es fundamental para una buena adaptación a la enfermedad y la discapacidad. La capacidad de identificar y de comunicar efectivamente pensamientos y emociones propios, juega un papel relevante en el mantenimiento de un nivel de funcionamiento eficiente dentro de la familia y de cada miembro en particular.

4.2. LA PAREJA ANTE LA ENFERMEDAD

Si bien la fibromialgia es una enfermedad que puede afectar a personas de todas las edades y de ambos géneros, la mayoría se encuentran entre los 30 y 50 años de edad siendo en su mayor parte mujeres. Estas características de ciclo de vida y de género, hacen que la mayor parte tengan o hayan tenido una relación de pareja de carácter estable, que muchas sean madres de familia y además se dediquen a actividades profesionales, laborales y domésticas. Por esto, la enfermedad es un acontecimiento que invade e influye en todos los ámbitos individuales y relacionales, provocando situaciones que implican gran crisis, siendo la pareja uno de los marcos preferentes en el que se concentran gran parte de los elementos que configuran esta situación crítica (Moratalla, 2009). Como indica Rolland (2000): “La enfermedad y la discapacidad ofrecen una oportunidad para el crecimiento de la relación así como el riesgo de deterioro y distancia” (p. 302).

La pareja se ve obligada a adaptarse a la nueva situación, proceso que suele implicar un cambio de roles o funciones que cada uno de sus miembros realiza en las diferentes áreas de la vida familiar y social, así como la posición que toma cada uno en la relación. Por lo tanto, se produce una redistribución de tareas y cometidos en ámbitos como las tareas domésticas, el trabajo, las cargas económicas, los vínculos que se hacen más dependientes, el cuidado de hijos, los roles de cuidador-cuidado, las áreas o espacios compartidos o transferidos, la toma de decisiones, etc. Los periodos de adaptación durarán más o menos en el tiempo según la fluidez de la relación de pareja, su flexibilidad o su grado de comprensión (Moratalla, 2009). Las enfermedades crónicas pueden tener graves consecuencias para la pareja, que debe

mantener una relación viable y equilibrada que la permita superar dificultades y dar respuesta a las incertidumbres de proyectar y lograr objetivos normativos del ciclo vital “a pesar de la enfermedad”. Se ponen a prueba tanto las reglas relacionales de la pareja como sus límites (Rolland, 2000).

La enfermedad puede generar importantes desequilibrios al afectar aspectos sustanciales de la relación de pareja como su propia definición, el equilibrio de dependencia mutua previo o la distribución de roles. Por otra parte, el ciclo evolutivo de la pareja y la fase de la enfermedad modulan el impacto, tanto positivo como negativo. El mejor predictor de la ruptura tras la aparición de una enfermedad es la calidad de la relación previa, pues quizás actúe de catalizador de problemas preexistentes.

A pesar de todo, las personas y las parejas en general superan la situación y se adaptan, haciendo frente a factores negativos junto a logros y avances. Para conseguirlo es importante compartir el proceso de enfermedad, lograr una comunicación abierta y fluida donde se puedan expresar las necesidades de cada uno además de miedos y temores, buscar nuevas maneras de tener intimidad y reinventar su sexualidad, dar prioridad a la relación frente a la enfermedad y ponerle límites para que no sea el centro de la vida de la pareja (Moratalla, 2009).

La intimidad de la pareja

Navarro (2004) relaciona la intimidad con los aspectos más emocionales, la interdependencia, la comunicación, la sexualidad o las creencias. Este concepto va unido a la comunicación personal y afectiva en un contexto de confianza y la capacidad de colaborar en proyectos y tareas conjuntas. Como indica Rolland (2000), una enfermedad seria o crónica desafía las posibilidades de intimidad y confronta a los miembros de la pareja con el hecho de que ésta tendrá lugar en el contexto de la pérdida, suponiendo un auténtico reto a los límites físicos y emocionales de la relación al ser un “huésped no invitado” que debe ser incorporado a la vida de la pareja. Cuando son capaces de ampliar su experiencia de intimidad, mejoran su calidad de vida y contrarrestan el lado negativo de la enfermedad y la discapacidad.

-Interdependencia: En la pareja donde un miembro está enfermo se crea una interdependencia, pues la manera en que cónyuge sano y enfermo afrontan la enfermedad se influyen mutuamente condicionando el bienestar personal de cada uno de ellos. A veces, hacer lo que conviene al enfermo puede entrar en conflicto con lo que se supone debería ser una relación de amor, y en algunos casos puede producirse un problema de pareja serio (Navarro, 2004).

-Reacciones emocionales: una respuesta típica es la agresividad, pues en ocasiones las restricciones impuestas por la enfermedad son fuente de resentimiento por los proyectos personales abandonados o las actividades de ocio y rutinas diarias que han de cambiar. Por su parte el miembro sano de la pareja puede sentir una mezcla de culpa y resentimiento al primar sus necesidades personales o porque el enfermo hace demandas excesivas o es demasiado dependiente. Si estos sentimientos permanecen inexpresados pueden acumularse en el tiempo, generar sensación de soledad y distanciamiento o manifestarse como sobreprotección.

-Una comunicación abierta: Navarro (2004) indica que un problema serio cuestiona los patrones previos de comunicación. Al convivir con enfermedades crónicas, hay asuntos de los que es difícil hablar como las demandas que imponen, el futuro, prioridades de cada uno, roles o deseos, miedos o pensamientos. La expresión abierta de miedos puede estrechar relaciones,

no así la comunicación superficial, pero es necesario que el interlocutor se preste a escucharlo. Lo importante aquí es conseguir tener una comunicación abierta y franca.

-La sexualidad: la enfermedad generalmente afecta a la vida sexual y las parejas necesitan saber si las dificultades en este área serán pasajeras o permanentes. Si una dolencia afecta directa y significativamente a la sexualidad, esto fácilmente se convierte en un foco de tensión y ansiedad donde lo más problemático es la carencia de intimidad emocional y física. El que se distancia puede ser acusado de falta de interés o de amor generando un conflicto (Navarro, 2004).

Moratalla (2009) explica en su artículo que en pacientes de fibromialgia, las relaciones sexuales son poco frecuentes y cuando se tienen son poco satisfactorias y/o dolorosas, producen fatiga o agotamiento. El conflicto y la insatisfacción crean un marco relacional de distanciamiento afectando seriamente a la intimidad, siendo esto un escollo para la relación. Por otro lado, los síntomas provocan malestar así como el temor a que empeoren tras la relación sexual, generándose así un círculo vicioso entre emociones individuales, relación y fracaso sexual que afecta a toda la relación de pareja. Si no es posible llevar a cabo una relación sexual por limitaciones físicas o psicológicas, la pareja puede necesitar redefinir su relación en términos más amplios que los sexuales (Moratalla, 2009).

-Las creencias: Si las que tiene cada miembro de la pareja son demasiado contrapuestas pueden ser fuente de problemas ante la crisis que demanda un cambio. Por ejemplo las que hablan de lo que es “normal”, la relación cuerpo-mente, el control y manejo correcto de la enfermedad, lo que puede modificar su curso, lo que significa el síntoma, etc. (Rolland, 2000).

Equilibrio en la relación

Las relaciones de pareja dependen de un delicado equilibrio entre autonomía e intimidad y cuando uno de sus miembros está enfermo, encontrar este equilibrio es un desafío. El miembro enfermo generalmente aumenta sus necesidades de intimidad y el sano mantiene sus necesidades de autonomía. Ambas están presentes y negar una se hace a expensas de la otra (Navarro, 2004). Las necesidades de dependencia y cuidados introducen desequilibrios en la relación en cuanto a jerarquía, poder y reciprocidad que varían según las características de la enfermedad. Las parejas crean patrones de funcionamiento en torno a ejes como: sano vs enfermo, capaz vs incapaz, aislado vs en contacto, dependiente vs independiente, dolor vs ausencia de dolor, etc. Y en torno a estos patrones se crean dinámicas relacionales complejas.

-Roles de género: En general, hombres y mujeres difieren en la importancia que dan a la relación, sus estrategias de resolución de conflictos y al valor dado a la expresión de sentimientos negativos como manera de afrontar la enfermedad. Las mujeres tienden a basar más su bienestar en el matrimonio y por ello tienen mayor necesidad de resolver los problemas que se plantean en la relación.

-Ciclo evolutivo: el momento vital o etapa en que se encuentre la pareja influye en el reto que impone la enfermedad, según se vea más o menos impedida la capacidad de desarrollar las tareas normativas propias de cada etapa.

-Mantenimiento de la equidad: Cuando uno de los miembros de la pareja enferma, se produce un importante desequilibrio en el balance de recompensas y costos. Para el enfermo, la relación conyugal o de pareja se hace cada vez más importante y para el sano más costosa.

Desde un punto de vista clínico, Rolland (2000) expone varias áreas en las que se pierde el equilibrio en una relación presentándose asimetrías:

-Mi problema vs nuestro problema: si la enfermedad es asumida por los dos, tendrán poder sobre los problemas psicosociales que genera, pero si se la ve como el problema de uno solo, el enfermo tomará cierto poder sobre la relación pues todas las interacciones significativas de la pareja se verán sesgadas por esa visión y su relación siempre será desigual. La negociación de temas de control y poder se vuelve disfuncional llevando al resentimiento, la culpa, el distanciamiento y la erosión general de la intimidad. Pero si la enfermedad es concebida por la pareja como un tema compartido, la pareja se fortalece al ver su situación de un modo equilibrado y como un problema de la relación (Rolland, 2000).

-Establecimiento de límites. Es necesario que la relación no quede invadida o dictada por la enfermedad (lo cual no es difícil que ocurra) y que la pareja sea capaz de definir espacios libres de aquella, “colocando a la enfermedad en su lugar” para que sea posible algún tipo de crecimiento. Rolland (2000) expone que la relación que se identifique totalmente con una enfermedad crónica es un riesgo importante para la pareja, pues las narrativas de ésta se llenan de metáforas de declinación y pérdida, por lo que llevar una vida normal se hace costoso. En caso de afecciones que pueden conllevar incapacitación permanente como los síndromes de dolor crónico, la enfermedad está siempre presente ejerciendo una demanda continua de energía práctica y emocional. Un primer paso para evitar esto puede ser la realización de un duelo por la pérdida de la normalidad para que lleguen a reconocer que sus relaciones no volverán a ser las mismas.

-Triangulación: Una enfermedad crónica puede convertirse en un poderoso tercer integrante de una relación diádica. En relaciones en que existe lucha por el control o el poder no resuelta, aquella puede ayudar al enfermo a lograr dominar la situación y cuando la enfermedad o discapacidad es usada para justificar un cambio en la relación (que ha sido posible gracias a ella) existe el riesgo de que éste quede sujeto a la continuidad de los síntomas (Rolland, 2000). En este sentido, Kornblit (1996) explica la sintomatología en un miembro de una pareja como resultado de una incongruencia jerárquica en su patrón interaccional. Se basa en la tipología de las parejas como simétricas o complementarias (en estas últimas uno de los miembros toma una posición superior tomando el control, lo cual es aceptado por el otro). La incongruencia jerárquica se refiere a una relación complementaria que esconde una simetría oculta, donde el miembro sintomático está simultáneamente en posición inferior al otro en tanto que “enfermo” y en una superior a través del control de la relación utilizando el síntoma (que le otorga el poder).

Por otra parte, la enfermedad puede actuar como un tercero que con su demanda de atención y cuidado permita olvidar, o al menos poner entre paréntesis, un conflicto que existe en la pareja por lo que la mejoría puede ser temida, retrasada u ocultada para no reactivarle. Para Kornblit (1996), el cuerpo actuaría como la tercera instancia que se introduce metafóricamente entre la pareja actuando como campo de expresión de conflictos relacionales no resueltos. Los síntomas son los que impiden cumplir con las demandas del otro, colocándose como disociación entre síntoma y portador (el cual recurre al primero como modo de obviar conflictos crónicos en la relación que no pueden enfrentar de otro modo). El sistema de interacciones entre los miembros de la pareja es el que hace que en un cierto momento se requiera al cuerpo en escena ante una situación crítica.

-Diferencias en el ritmo de adaptación a la enfermedad: ejemplo de conflictos derivados de ellas son aquellos basados en distintos ritmos de reasunción de roles y funciones.

-El miembro sano de la pareja como fuente de estrés: a veces pasa que ambos piensan de forma diferente respecto a la enfermedad y también puede ocurrir que el miembro sano contribuya con sus reacciones a exacerbar los problemas o reducir la motivación del enfermo para recuperarse o retomar sus funciones (por ejemplo si es fuente de comentarios

minimizadores o pesimistas, si se da sobreprotección que mine los sentimientos de competencia, independencia y control del miembro enfermo o porque se genere un clima emocional intenso que incluya críticas u hostilidad).

En el terreno del dolor crónico por ejemplo, el apoyo solícito del miembro sano de la pareja puede convertirse en impedimento para la recuperación, ya que la conducta de atención y preocupación puede facilitar que síntomas como el dolor de larga duración pasen a jugar un papel importante en la dinámica de la relación con independencia de la voluntad de la personas. Aquí el miembro sano refuerza las expresiones de dolor del enfermo al responder a éstas con atención, simpatía y comprensión, mientras que por otro lado el dolor queda reforzado negativamente al permitirle evadirse de realizar tareas que le son desagradables.

A pesar de estas dificultades, las parejas emplean diversas estrategias para restaurar la equidad cuestionada por la enfermedad: ver los beneficios obtenidos anteriormente como compensación de los costos actuales, reajustar criterios con los que juzgan al enfermo, el “sé que el haría lo mismo por mí”, el enfermo puede cambiar su contribución a la pareja, o tienden a idealizarse mutuamente manteniendo creencias de que el otro sufre más de lo que realmente está sufriendo.

Lo importante y decisivo es tener en cuenta que todas estas estrategias servirán para la supervivencia de la pareja si al tiempo ambos miembros logran entender su relación de manera comunitaria (no solo como un intercambio de beneficios) y como una interdependencia (donde la relación les permite desarrollar o disfrutar rasgos deseados en el otro como amor, compromiso o comprensión).

5. OTROS ASPECTOS INTERESANTES

5.1. LOS ASPECTOS TRANSGENERACIONALES

Un abordaje sistémico de la familia no puede evitar hacer referencia a la trascendencia del legado transgeneracional, a veces recogido por sus miembros y otras olvidado, ocultado, secreto, mítico o incluso inconsciente (Garcíandía y Samper, 2016). Lo transgeneracional se refleja en las presencias vivas de los significados derivados de las relaciones, historias y mitos familiares que permanecen en el contexto y en el mundo interior de los individuos y que alimentan al síntoma. Así pues, las dificultades que ocurren en el presente pueden provenir de patrones relacionales disfuncionales que se están perpetuando desde la familia de origen, de manera que los asuntos no resueltos y/o una diferenciación incompleta del individuo pueden persistir cuando éste crea su propia familia o se independiza, condicionando su forma de vincularse o su nivel de funcionamiento en diversas áreas vitales (Lebrero y Moreno, 2014).

Considero que algunas aportaciones de la terapia transgeneracional pueden ser aplicables al caso de la fibromialgia y que tener en cuenta estas ideas puede enriquecer mucho su abordaje al permitir entender mejor el síntoma, su sentido y su función. Creo que es muy útil explorar qué se está reflejando de esa historia pasada, el legado de la familia de origen o las demandas de lealtad que emanan de ella y que dificultan el desarrollo pleno de la persona, pues detrás de los síntomas o conflictos relacionales por los que se acude a terapia muchas veces se encuentra un proceso incompleto de "separación emocional" de los padres.

-**Murray Bowen** (1991) definió a la familia como una unidad emocional aglutinada en la que todos los miembros se influyen mutuamente en pensamientos, sentimientos y acciones. A esto se refiere con el concepto de “Masa indiferenciada del yo de la familia” que genera un

nivel de compromiso (implícito) en cada miembro de la familia y se relaciona con la posibilidad del desarrollo de la diferenciación e individuación necesarias para las personas ser autónomas.

La Teoría de Bowen describe el nivel de diferenciación de una persona como un punto situado entre los dos extremos de un continuo entre la posición diferenciada y la indiferenciada que denomina “Escala de Diferenciación del Yo”. Las personas con un nivel más bajo de diferenciación serán más sensibles y reactivas a las tensiones y tendrán mayores dificultades para alcanzar el equilibrio emocional y adaptarse a las circunstancias de la vida, mostrando una alta incidencia de patologías y problemas. De la puntuación 50 para abajo, el mundo sensitivo se hace más intenso y se responde emocionalmente a la armonía o la discrepancia y de manera más exaltada a la alabanza y a la crítica. Dice Bowen que en una puntuación menor de 50 pero mayor de 35 se pueden desarrollar problemas neuróticos y se tiene capacidad de diferenciar el sí mismo, a pesar de que sea poco probable. Por el contrario, las personas con niveles más altos de diferenciación tienen mayor capacidad de gestionar y enfrentar las tensiones, siendo capaces de discriminar entre sus pensamientos o sentimientos y mostrando una mejor adaptación en sus vidas.

El nivel de diferenciación individual está determinado por el grado en que se está preso en el proceso emocional de la familia de origen, y a mayor indiferenciación más probabilidad de que se desarrollen disfunciones a nivel pareja o hijos frente a un alto nivel de estrés o tensión, que circula a través de ciertos patrones del sistema emocional familiar y se plasma en conflictos en la pareja, problemas en los hijos, triangulaciones o la disfunción en uno de los cónyuges que toma posición de hipo funcional siendo el candidato ideal para desarrollar problemas mentales o físicos.

En cuanto a los mecanismos que más usan las personas para afrontar la indiferenciación o apego emocional no resuelto con la familia de origen, Bowen expone la toma de distancia física o emocional. Hay quien recurre al modelo de alejamiento físico (que no elimina la fusión emocional) o al de alejarse emocionalmente a través de mecanismos internos (quizás por ser imposible tomar distancia física), aunque en muchas ocasiones se utilizan ambos y además se pueden repetir o reproducir en relaciones de otras áreas vitales donde exista interdependencia emocional. En el segundo caso, personas que usan solamente mecanismos internos se verán con complicaciones en momentos de tensión y estarán expuestas a disfunciones como enfermedades físicas o emocionales como la depresión.

Bowen también habla de un mecanismo de transmisión multigeneracional de esta progresiva disminución en la capacidad de diferenciación, que se llevará a cabo como un proceso de proyección familiar por el cual los padres reflejan en los hijos aspectos de sí mismos rechazados y no aceptados los cuales serán asumidos por éstos, por lo que aquello que no pudo ser resuelto en el proceso de diferenciación de la generación anterior pasará a la siguiente.

-Boszormenyi-Nagy y Spark (1983) y las lealtades invisibles: el concepto de “lealtad” se refiere a expectativas en el contexto de las relaciones familiares que conllevan méritos y obligaciones, así como al hecho de interiorizar las leyes de la familia y el cumplimiento de esas obligaciones que permitirán al sistema seguir existiendo. Existiría además un “libro de cuentas familiar” donde quedaría registrado ese complejo multigeneracional de obligaciones y deudas que deben pagarse con el tiempo y que genera un sistema de lealtades basado en la colaboración latente y/o no explicitada con gran trascendencia en el desarrollo de la individuación y las relaciones intrafamiliares. Y complementaria a la lealtad está la culpa derivada de incumplir esas expectativas transmitidas durante generaciones.

La adhesión incondicional a las demandas de lealtad familiares impide la individuación, pues al hacerse el individuo adulto aparecerán en escena las lealtades y compromisos con la familia creada que entrarán en cierto conflicto con las pertenencias a la familia de origen. Si el sistema permanece fusionado y no se avanza hacia la separación, se puede dar un “estancamiento relacional” donde ese entramado de lealtades es demasiado rígido y donde pueden existir relaciones que han sido interrumpidas, negadas, abandonadas o fijadas de forma rígida. Cuando el sistema familiar muestra signos de estancamiento es cuando puede esperarse que los miembros de la familia muestren signos de patología.

-Como indiqué en otro apartado, **Cancrini y La Rosa (1991)** también relacionan los trastornos psicossomáticos y/o del área de las neurosis con dificultades en este proceso de diferenciación de la familia de origen, ya que creen posible conectar los síntomas con el contexto familiar y la historia de la persona que los presenta de manera que su emergencia subjetiva tiene relación con un defecto de individuación de todo el sistema. Es en la etapa de desvinculación cuando pueden aparecer síntomas del tipo psicossomático entre otros.

-**Onnis (1997)** por su parte habla de los mitos familiares más característicos de las “familias psicossomáticas”, pues más allá del terreno de las interacciones observables está un nivel mítico más profundo y escondido. Los mitos son el conjunto de creencias sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto a sus roles mutuos y la naturaleza de su relación, nacen y se organizan en el curso de la historia de la familia. El principal mito que encontró Onnis en estas familias es el de la “unidad familiar a cualquier precio”, por el que la familia está “obligada” a dar una imagen de perfecta armonía sin quejas, aunque en realidad se trate de una apariencia o “pseudoarmonía”. Y complementándole está el fantasma de la ruptura, pues la familia teme su desintegración, separación o distanciamiento de manera que mito y fantasma se convierten en los motores del funcionamiento familiar. Onnis indica que la adhesión del paciente a esos mitos es profunda y en un plano más emocional que cognoscitivo, explicando así la fuerza de los vínculos que le unen a la familia y sus sentimientos de culpa si falla a la expectativa de lealtad. En las familias psicossomáticas su afán por la unidad y su resistencia al cambio pueden hacer que cualquier signo de individualización sea entendido como signo de deslealtad hacia la familia.

-Con respecto la somatización, parece que hay coincidencia en cuanto a su presencia entre familiares y pacientes, por lo que pudiera existir un posible patrón familiar (Pascual y Cerecedo, 2015). En este sentido, Galfré y Barinboim (2001) indican que hay estructuras familiares que favorecen la aparición y el mantenimiento de sintomatologías orgánicas, pues la repetición generacional de ciertas enfermedades puede tener que ver no sólo con cuestiones hereditarias sino con la repetición de dichas estructuras. Frente a la enfermedad frecuentemente se entran en el problema, sobreprotegen al enfermo, actúan con rigidez, presentan dificultades para encarar y superar los conflictos derivados de aquella. Además, es posible que el síntoma proteja a la familia de tensiones más graves o menos fáciles de soportar y se reutilizará cuantas veces sea necesario.

De cara al cambio, planteo lo que comparte D’Ascenzo (2014) sobre los vínculos familiares a modo de lazos invisibles que deben ser transformados a lo largo de la vida del individuo para poder desarrollarse como persona, lo cual implica la revisión constante del “ser uno en relación con los demás”. El proceso de individuación conlleva una separación emocional y física, así como también el hecho de revisar patrones de conducta, pautas comunicacionales, lealtades y mitos familiares o la construcción de la capacidad tomar decisiones autónomamente en línea con un proyecto personal que permita conservar a la vez el sentido de pertenencia a la familia de origen.

5.2. LOS VÍNCULOS DE APEGO

La teoría del apego aporta matices interesantes a la comprensión, génesis y mantenimiento de los síntomas sin explicación médica y la somatización (Diéguez, 2009). Se habla de la influencia de las relaciones tempranas de apego en el desarrollo de la personalidad y quizás en el origen de los síntomas. Me parece que puede tener gran aplicabilidad en intervenciones familiares, de pareja o individuales, de manera que se exploren y aborden problemáticas vinculadas con la manera de “estar en” relación y “de ser con” el otro. Puede ser también un interesante trabajo con personas que fueron heridas en sus relaciones tempranas.

Bowlby (1986) dice que la teoría del apego sirve para explicar tanto la propensión de los seres humanos a establecer sólidos vínculos afectivos con otras personas determinadas como las múltiples formas de trastorno emocional o de alteraciones de la personalidad, incluyendo la ansiedad, la ira, la depresión y el estancamiento emocional que ocasionan la separación involuntaria y la pérdida de seres queridos. La conducta de apego también sirve para atraer y mantener la proximidad con otras personas que han de proporcionar cuidados.

Los patrones particulares de comportamiento de apego mostrados por un individuo dependen en parte de su edad, sexo, temperamento y circunstancias presentes, pero también de sus experiencias tempranas con los cuidadores principales durante la crianza. Estos modelos afectan a las relaciones con los demás, dando forma a las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales de los individuos. Por ejemplo, las personas que han sufrido falta de cuidados o experiencias de maltrato por parte de estos cuidadores pueden manifestar patrones de apego disfuncional.

Una de las funciones básicas de la familia es brindar a los hijos lo que Linares (1996) llama “nutrición relacional” que hará que se sientan reconocidos, valorados y queridos, lo cual tiene una relación clara con su desarrollo emocional. Y por su parte, Bowlby (1989) sostiene que la principal función de la crianza y de los vínculos afectivos con los hijos es proveerlos de una “base segura” a partir de la cual puedan salir y explorar el mundo exterior con la certeza de que será apoyado y bien recibido cuando necesite ayuda, cuando esté afligido o asustado.

Los patrones de apego de la infancia influirán a los largo de la vida de todos los miembros de la familia y contribuirán a la construcción de la historia oficial de experiencias compartidas, que también incluye pérdidas y dolor (Rabar, 2016). Cuando el apego es seguro brinda la posibilidad de desarrollarnos individualmente y en familia de modo estable y suficientemente satisfactorio, pero cuando es inseguro estamos expuestos a vaivenes de inestabilidad en ambos campos, muchas veces asociados a procesos de individuación dificultosos con inquietantes consecuencias vitales (Cardozo, 2016).

En relación a la fibromialgia, se ha encontrado un patrón de apego ansioso que consiste en una búsqueda constante de cuidados en el entorno, de manera que en situaciones de estrés donde la necesidad de apoyo es mayor se produce una escalada en la demanda de aquellos. La enfermedad es una vía directa para la obtención de cuidados por lo que su génesis puede entenderse como un proceso de resignificación de necesidades relacionales básicas del Ser Humano donde el sufrimiento que deriva de dicha insatisfacción crónica queda camuflado bajo una etiqueta diagnóstica (Diéguez, 2009).

Sin embargo, también cabe decir que los patrones de apego se siguen reconstruyendo y remodelando a lo largo de la vida a través de las experiencias en cuanto a vínculos afectivos con diversas personas (Rabar, 2016) por lo que no son inamovibles ni estáticos. Añadiría que esto también implica que la manera de vincularse se origina en la relación, se plasma en la

relación y es desde ahí donde puede haber crecimiento y cambio. Es muy interesante explorar la vinculación afectiva de los pacientes como una vía importante de comprensión.

5.3. PERSONALIDAD Y FIBROMIALGIA. UNA VISIÓN RELACIONAL

No pretendo entrar en las tipologías de los trastornos de personalidad encontrados en pacientes con fibromialgia y sus rasgos característicos, sino que me focalizaré en una perspectiva relacional de la personalidad de cara a comprender sus manifestaciones y las conexiones con la sintomatología de la enfermedad.

La personalidad de quien padece fibromialgia suele caracterizarse por el perfeccionismo, la autoexigencia, un sentido elevado de responsabilidad y del deber y temor a defraudar las expectativas que los demás han puesto en él, por lo que no es difícil que llegue a traspasar sus propios límites. Además son personas muy sensibles al dolor y sufrimiento ajenos, permeables y vulnerables ante estímulos, situaciones y emociones, con dificultad para mantener los límites personales y decir “no”, evitan el conflicto y las situaciones violentas, son especialmente sensibles a las críticas y reflexionan mucho sobre cualquier cosa. Una elevada sensibilidad no canalizada adecuadamente se traduce en estrés crónico que puede conducir a la enfermedad (Gallastegui, 2017). Además, la fibromialgia se ha relacionado con patrones de personalidad combinados con otras características como falta de asertividad y dificultad para identificar emociones negativas, especialmente ira, frustración y tristeza, unido a una baja autoestima que depende excesivamente de la aceptación y reconocimiento de los demás a través de los éxitos (Peñacoba, 2009).

Pero, ¿qué es la personalidad desde el punto de vista relacional? Linares (2012) la define como “la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un sustrato biológico y por un contexto cultural” (pag.94). Individuos y relación se definen recíprocamente de forma recursiva y somos producto de una historia. El pasado en el que transcurrió la experiencia relacional define la personalidad, aunque la historia se reescribe y reformula continuamente en el presente (y desde este es posible redefinir el pasado e introducir grandes cambios en él). Así pues, el organismo humano, y especialmente el sistema nervioso central, es el hardware de la personalidad donde la genética puede desempeñar un papel importante en la transmisión de ciertas predisposiciones a desarrollar ciertos rasgos de personalidad pero el cuerpo, aun siendo biología, ejerce también un rol fundamental como vehículo de relación. Y por último, no se debe olvidar que la cultura enmarca e influye decisivamente en su la definición.

Para Linares (2012) la personalidad individual se construye dentro de los principales sistemas de pertenencia (con la familia de origen en primera posición), por lo que la madurez psicológica y la salud mental dependerán de una ecuación compleja en la que intervienen decisivamente: la organización de dichos sistemas (con su cohesión, adaptabilidad y jerarquía) y su mitología (valores y creencias, el clima emocional y los rituales que la conforman). Y el elemento central que es a la vez producto y organizador recursivo de esta ecuación sistémica es la nutrición relacional o vivencia de ser complejamente amado. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la personalidad de los miembros de la familia también influye retroactivamente sobre la organización y la mitología del sistema familiar, así como sobre su fórmula de nutrición emocional y su combinación de conyugalidad y parentalidad.

5.4. LA NARRATIVA Y LA IDENTIDAD FRENTE A LA ENFERMEDAD

Con el objetivo de entender el mundo y aquello que les sucede, las personas organizan sus experiencias de manera que tengan un relato relativamente coherente de sí mismas y de su contexto. Las narraciones a través de las cuales cada sujeto da sentido a sus vivencias

necesitan un proceso de selección de experiencias donde se rechazan aquellas que no sean parte del relato dominante de la persona acerca de ella misma (Valdés, 2007).

Narrativa e identidad, y con ellas la personalidad, se construyen en relación y la familia de origen es el sistema relacional de mayor relevancia ya que en ella se producen los intercambios más influyentes sobre el desarrollo narrativo e identitario. La narrativa implica la atribución de significado a la experiencia relacional y las historias que la constituyen incluyen un pensar, un sentir y un hacer, siendo algo que continuamos haciendo durante toda nuestra vida. El equilibrio, la madurez y la salud mental futuros serán posibles si el individuo dispone de una amplia gama de narraciones con múltiples opciones y alternativas para describir su realidad relacional, así que cuanto más abundante y variada es la narrativa, más rica y sana es la personalidad (Linares, 2012). En el caso de la enfermedad, a los síntomas los sostiene la narración sintomática que generalmente parasita a las demás narraciones básicas del sujeto (que tratan de la familia de origen, la pareja, parentalidad, etc.). Y cuando esa narración del síntoma invade todo, aparece la cronicidad (Linares 1996).

Linares (1996) indica que también desde los inicios de la actividad relacional se desarrolla un segundo proceso decisivo en la constitución de la personalidad: la construcción de la identidad. El sujeto elige algunas narraciones como definitorias de sí mismo con las que no acepta transacciones ni negociaciones, pues su relación con su identidad es de absoluta defensa ya que en ello le va la existencia psicológica o la integridad de su personalidad. Tampoco se trata de que la identidad rotundamente no pueda cambiar, sino que de producirse sus cambios serán lentos y nunca como respuesta a una confrontación directa. Por otro lado es necesario tener en cuenta que la identidad es muy vulnerable a determinadas situaciones relacionales negativas, capaces de lesionarla de forma significativa.

Con respecto a la fibromialgia como identidad, Diéguez (2009) expone que la enfermedad puede llegar a convertirse en una narrativa rígida con pocas posibilidades de fluir hacia otros significados. La experiencia se estructura a través del lenguaje por lo que el sentido de uno mismo o identidad toma una forma narrativa (somos lo que decimos que somos). El dolor es una vivencia que invade el mundo de quien lo padece y da cuenta de su sufrimiento, así que también es una poderosa narrativa que invade la experiencia y se convierte en identidad de manera que las personas con dolor crónico viven una historia “saturada” por el dolor.

Por lo tanto, la narrativa de dolor en pacientes con fibromialgia es poderosa y termina por atrapar la subjetividad que queda constreñida entre el dolor y la conducta de enfermedad hasta convertirse en su identidad. El desajuste entre la vivencia subjetiva de dolor e incapacidad y la inexistencia de algo que pruebe la enfermedad, genera una necesidad de mostrar constantemente el sufrimiento a través de la queja para que el entorno no lo olvide (“mostrar lo que no se puede demostrar”) y esta conducta se mantiene generando un importante desgaste en las relaciones interpersonales, perpetuando el malestar y la enfermedad, pues la mejoría se hace dificultosa cuando no imposible si implica invalidar lo que uno ha sido hasta el momento.

5.5. PÉRDIDA, TRAUMA Y FIBROMIALGIA. EL PAPEL DE LAS EMOCIONES

Onnis (1997), al estudiar las historias de las familias de origen de los pacientes encontró que era frecuente la presencia de sucesos traumáticos, duelos tempranos o no elaborados, separaciones prematuras, enfermedades graves o abandonos. Por lo tanto, el tema de la pérdida estaba muy presente en esas historias familiares y se asociaba a vivencias emocionales de angustia de separación. Peñacoba (2009) también habla de antecedentes de experiencias infantiles negativas, falta de afecto, eventos traumáticos repetitivos o el abuso físico o sexual como factores que pueden incrementar la susceptibilidad a la enfermedad.

Sobre el trauma, Fátima Gallastegui (2017) expone que se trata de un suceso que aparece en la vida de la persona al sufrir una experiencia que vive como abrumadora o amenazadora para su vida, quedando su capacidad de respuesta restringida en algún sentido. No tiene por qué ser resultado de una catástrofe importante sino que algunas vivencias habituales pueden producirle (la pérdida de seres queridos, del trabajo, etc.) y sus síntomas pueden estar siempre presentes o ser inestables y activados por el estrés incluso permaneciendo ocultos durante décadas hasta manifestarse, pues aunque el tiempo pase, las emociones y el suceso doloroso permanecen grabados sin ser digeridos y anclados en el cerebro emocional, que controla los aspectos relacionados con el bienestar psicológico y gran parte de la fisiología corporal. Los desórdenes emocionales son consecuencia de disfunciones en esa parte del cerebro y muchas veces se originan en experiencias dolorosas del pasado que han quedado impresas controlando nuestras percepciones y comportamiento. Dice también que “el dolor físico de la fibromialgia se sustenta y erige sobre el dolor emocional del individuo” (p.205) por lo que es importante dar significado a las vivencias que produjeron un desequilibrio emocional y afrontar los problemas emocionales no resueltos para que los síntomas físicos desaparezcan o al menos disminuyan. Quizás se pueda decir también que la fibromialgia es una enfermedad relacionada con las emociones no expresadas fruto de un conflicto interno y donde todas las emociones que no se es capaz de llevar a la acción u opinión se quedan en el cuerpo físico en forma de tensiones y traduciéndose en una gran variedad de síntomas.

Todo lo expuesto se puede relacionar con la idea de Kornblit (1996) de que en los sistemas complejos (como es el familiar) el elemento disparador de un problema puede estar situado lejos en el tiempo con respecto a los síntomas que aparecen en un momento dado o en una parte distinta y remota del sistema respecto a aquel hecho o situación concretos, lo cual enlaza con el concepto de “Onda de Choque Emocional” de Bowen (1991), es decir, la red de contragolpes subterráneos originados por hechos de vital gravedad y que se pueden producir en cualquier parte del sistema familiar extenso durante los meses o años que siguen a un acontecimiento de grave importancia emocional (por lo general la muerte, la enfermedad u otro tipo de pérdida significativa) actuando sobre la base de un entramado de relaciones de dependencia recíproca entre los miembros de una familia. Los síntomas generados por la onda de choque emocional pueden tomar la forma de cualquier problema humano incluyendo la enfermedad física o crónica como en este caso, de manera que pareciera que esa onda fuese el estímulo que activa un proceso físico además de los problemas emocionales.

Decir por último que no solo hablo del trauma que puede estar en el origen del dolor emocional o de la sintomatología, sino que también tengo en cuenta que la enfermedad también se transforma en una experiencia traumática desde el punto de vista relacional tanto para el enfermo como para su familia, pues todo el sistema puede mostrar signos de estrés físico, aislamiento o desvalimiento (Filgueira, 2006). Por otra parte y como ya he indicado anteriormente, los pacientes con patologías crónicas que incluyen el dolor como síntoma central suelen presentar comorbilidad con trastornos ansioso- depresivos y/o presentan altos niveles de estrés. Una posible visión de esto es pensar que cada persona tiene una manera particular de responder a las alteraciones emocionales y esa respuesta, aun siendo adaptativa, requiere tiempo y esfuerzo.

5.6. LA RESILIENCIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR ANTE LA ENFERMEDAD

En el caso de una enfermedad crónica nos podemos plantear la siguiente pregunta: ¿Qué es lo que hace que esta crisis desemboque en el crecimiento para la familia o en una situación desfavorable? Hablemos de resiliencia desde un punto de vista sistémico.

Pereira (2010) indica que la resiliencia es un proceso dinámico que se sucede y puede variar a lo largo del tiempo, es sensible a los cambios del contexto y se sustenta en la interacción entre

la persona y el entorno, entre la familia y el medio social. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores, personalidad de cada individuo, funcionalidad y estructura familiar. La resiliencia se construye en la relación.

Ahora bien, implica algo más que sobrevivir al acontecimiento traumático o a las circunstancias adversas, pues también incluye la capacidad de ser transformado por ellas e incluso construir sobre ellas, dotándolas de sentido y permitiendo no sólo continuar viviendo sino tener éxito en algún aspecto vital. Poner el acento en la resiliencia implica modificar el modelo en el que tradicionalmente se ha basado el estudio de la disfunción, el trauma y la enfermedad; basado en las situaciones de riesgo y en lo inevitable de los efectos de la exposición a la situación traumática; para pasar a un modelo centrado en las potencialidades y los recursos que tienen todos y cada uno de los seres humanos en sí mismos y en su entorno para ser capaces de afrontar la adversidad saliendo fortalecidos de la experiencia.

Los factores de riesgo son todas aquellas características innatas o adquiridas, individuales, familiares o sociales que aumentan las posibilidades de sufrimiento, disfunciones y desajustes. Así aquí se incluirían las situaciones vitales estresantes (pérdidas, agresiones, traumatismos que ocurren en los ámbitos biológico o individual, familiar, micro y macrosocial) así como la manera en la que se producen (esperadas o inesperadas). Por otro lado, los factores protectores son aquellas características, hechos o situaciones que elevan la capacidad para enfrentarse a circunstancias adversas y disminuyen la posibilidad de disfunciones y desajustes bio-psicosociales aún bajo el efecto de factores de riesgo. Ejemplos de ellos son las habilidades relacionales, la creatividad, humor, autonomía y capacidad de poner límites claros y permeables, iniciativa, capacidad de introspección, el compromiso con los valores, confianza en uno mismo o poder dar sentido a lo ocurrido además de poder contar con densas redes sociales de apoyo.

El modelo sistémico también centra su atención en la resiliencia de la familia como un todo y explora qué mecanismos de su funcionamiento actúan como factores protectores o de riesgo. En el caso de la enfermedad se trata de un proceso de adaptación a la situación que exige reorganizar su manera de funcionar y los roles de cada uno, modificar los canales de comunicación y movilizar o activar los afectos, la escucha, la empatía y el reconocimiento. La integración, cohesión, colaboración y solidaridad familiar aparecen como factores protectores, así como una comunicación clara y abierta y la buena adaptación al medio externo. Y me gustaría añadir la idea de que una narrativa compartida y co-construida entre todos los miembros del sistema familiar que sea rica en contenidos de avance, cambio, esperanza, o aceptación puede ser un decisivo factor de protección y de resiliencia.

5.7. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA FIBROMIALGIA

La perspectiva sistémica conecta las dificultades actuales con los contextos relacionales donde se originaron o se mantienen. Y en lo relativo a las narrativas de género y culturales, al abordar los casos es importante también explorar los valores, creencias y mundo de significados en la familia del paciente y en su entorno social de origen pues son temas muy determinantes en la vida de la persona. Esto sirve para hacer más visibles los guiones o narrativas a través de los que da sentido a su vida, reconocer cómo siguen actuando en su vida en el presente, y cuestionar, ampliar o modificar aquellos que no encajan o limitan su propia experiencia (Moreno, 2011).

El efecto de la sociedad y la cultura se transmite a través de dos aspectos: crea un significado a través del cual se rechaza o acepta la enfermedad (prejuicio, discriminación, etc) y genera recursos para enfrentar los problemas que comporta (Navarro, 2004). En cada cultura y

período histórico existen diferentes formas de hablar del dolor, condicionando así diferentes formas de respuesta ante el enfermo.

Siguiendo una óptica constructivista y construccionista social se puede decir que la realidad no es independiente de la mirada del observador y que el conocimiento es una construcción socialmente negociada: “el mundo se define a través del lenguaje”. Por lo tanto no existen verdades universales sino construcciones simbólicas que interpretan las experiencias en forma de narrativas. En el caso de las enfermedades existe una vivencia que interrumpe el orden previo y que genera mayor o menor malestar y sufrimiento en la medida en que el individuo es más o menos capaz de integrarlo, darle sentido y de restablecer de nuevo la coherencia, siendo tanto la mirada propia como la ajena la que otorga un sentido a esa experiencia. La persona lo primero que intenta es obtener una explicación y una validación provisional del entorno inmediato que legitime su sufrimiento y las conductas asociadas. Cuando este proceso termina en una consulta médica es muy posible que acabe adoptando el rol de enfermo-paciente al comprobar que el sufrimiento depende en gran medida de las definiciones que hace de éste el entorno social (encargado de definir la cantidad de malestar que se considera indeseable, insoportable y por tanto eliminable). En este sentido, la fibromialgia ha quedado consolidada como una narrativa de enfermedad a medio camino entre la vivencia subjetiva de un dolor intenso, persistente, intratable e inexplicable y su invisibilidad para la “ciencia” (Diéguez, 2009).

Por lo tanto, podemos decir que la forma en la que se ha construido socialmente la fibromialgia, al igual que ocurre con otros síndromes de etiología no aclarada, podría estar ejerciendo una influencia negativa en el curso de la enfermedad y en las posibilidades de mejoría o curación de los pacientes (Diéguez, 2009). Cabe plantearse que quizás sea necesario formular el diagnóstico de forma que encaje con la vivencia subjetiva del paciente además de con las formulaciones médicas, para dejar de ser una etiqueta que limite posibilidades futuras de cambio y de recuperación.

Una posible versión constructivista de los trastornos “psicosomáticos” diría que son formas de dolor humano donde lo psicológico y lo biológico, lo individual y lo familiar y el pasado y el presente se citan en una construcción socio-familiar y biomédica de una realidad que tiene una gran probabilidad de auto-perpetuarse (Filgueira, 2006).

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICO-RELACIONAL

6.1. DEMANDA Y PRINCIPIOS GENERALES DE INTERVENCIÓN. ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS

A continuación quiero plantear diversas propuestas de intervención tomadas de la perspectiva sistémica y relacional que pudieran representar un complemento o alternativa adecuados al tratamiento individual basado en la terapia cognitivo-conductual. Como indica Rolland (2000), el modelo sistémico se puede aplicar de manera flexible a diversas modalidades de tratamiento siendo la evaluación la que sirve de base para tomar las decisiones adecuadas sobre la utilidad relativa de la intervención individual, de pareja, familiar, con grupo de autoayuda, etc. Desde ahí se pueden abordar múltiples necesidades individuales de manera integrada y en relación con su impacto en el resto del sistema.

En general, cualquier intervención partirá de la exploración de las debilidades y fortalezas del sistema familiar en cuanto a su capacidad de respuesta y funcionamiento, siempre respetando sus tiempos y necesidades, con la mirada puesta tanto en lo que no funciona como en lo que sí

lo hace, es decir, en los recursos. Una primera premisa será el establecer la alianza terapéutica y la co-creación de un sistema terapéutico desde una posición co-creativa y colaborativa de modo que el terapeuta pueda prestar su ayuda al paciente identificado y/o a su familia desde un rol de co-constructor de realidades.

En cuanto a la demanda, podemos imaginar que serán varios los problemas que encontraremos de inicio en el intento de hacer una lectura sistémica. Primeramente hallaremos un largo historial familiar de intervenciones somáticas y donde diversos profesionales de la salud habrán hecho lo posible por tratar el problema con los medios con los que han contado. Ante la ineficacia de sus tratamientos pueden terminar por calificarlo de intratable o crónico (Soto, 2018). La persona que llega a terapia lo primero que suele comunicar es el dolor, sufrimiento o malestar que está viviendo y que otros observan en él. Sin embargo aún no es consciente del ovillo enmarañado de personas, eventos, conexiones, exigencias, lealtades, secretos, vínculos o traumas históricos transmitidos por generaciones que están contenidos de forma invisible y tácita en el síntoma (Garcíandía y Samper 2016).

Una adecuada evaluación del sistema familiar guiará la intervención que intentará ofrecer solución a los problemas y dificultades de las familias (Moreno, 2014) y analizar las áreas donde aparece la disfunción permitirá establecer los objetivos, seleccionar las técnicas y estrategias terapéuticas más adecuadas al caso en particular. El objetivo de la evaluación será establecer hipótesis relacionales a modo de guías que puedan explicar los patrones de interacción disfuncionales en los que aparece el síntoma, o que le refuerzan y mantienen. Dichas hipótesis estarán basadas en relaciones y serán tomadas como suposiciones temporales, que serán rechazadas o confirmadas posteriormente durante el trabajo terapéutico.

Nos moveremos en el territorio de la circularidad, aunque como indica Linares (2012), la danza terapéutica se desliza por la zona límite entre los paradigmas lineal y circular, en el eje comprendido entre síntoma y relación, pues sería absurdo pretender que la linealidad haya quedado cancelada a pesar del cambio que supuso establecer la circularidad de las secuencias comunicacionales. El síntoma tiene que ser focalizado oportunamente tanto como la relación, no solo porque suele ofrecer importantes metáforas relacionales sino porque genera por sí mismo un intenso sufrimiento y por lo tanto intensas, aunque contradictorias, expectativas de cambio. Por lo tanto, la terapia puede avanzar co-construida sobre las diferentes hipótesis, alternando la focalización entre relaciones y síntomas, los cuales al ir desapareciendo o minimizándose con el tiempo, abren paso a que la atención se pueda orientar más bien hacia la exploración de la relación.

En cuanto a **estrategias**, Linares (2012) habla de emplear una variedad de ellas dirigidas entre otras cosas a flexibilizar la adaptabilidad, reequilibrar la cohesión, normalizar la jerarquía, destriangular y consolidar subsistemas, redefinir a la familia extensa, cambiar valores y creencias pertenecientes al plano de la mitología familiar, incidir en el clima emocional o modificar rituales.

En relación a esto, Giovannazzi, Barraza y Díaz (2017) invitan al intento de facilitar de manera flexible la adaptación, puesto que traería aparejado un beneficio en la disminución y severidad de los síntomas del miembro del sistema que se encuentra incapacitado para realizar sus actividades de la vida diaria de manera eficiente, ya que los cambios en los estilos de negociación, asertividad, control o en los roles y reglas en las relaciones, favorecería la calidad de vida tanto de aquel como de su entorno familiar.

Cancrini y La Rosa (1991) plantean un trabajo terapéutico basado en la reformulación y reelaboración sucesiva de la petición de ayuda mediante la búsqueda de conexiones entre

vicisitudes significativas (personales e interpersonales) y el desarrollo de los trastornos, enmarcado dentro de una “reconstrucción más o menos orgánica de la historia familiar e individual que nos permita reformular las percepciones, las expectativas, los comportamientos espontáneos y las visiones del mundo, atribuyéndoles significados nuevos” (p. 58).

Filgueira (2006) indica que desde el modelo biopsicosocial de la salud/enfermedad, determinados procesos en psicoterapia permiten indagar el significado de los síntomas, proponiendo técnicas que ayudan a reconstruir el relato sobre la enfermedad y a reajustar la dinámica relacional del paciente. Por ejemplo, si hablamos **de objetivos generales** desde **las distintas escuelas** de terapia de familia:

- 1) Enfoque estructural: Reestructuración del funcionamiento intra e intersistémico de la familia (supone la modificación de variables tales como límites, jerarquía, roles, individuación, vinculación, etc).
- 2) Enfoque estratégico: Bloquear las soluciones intentadas ineficaces, favorecer la metacomunicación y romper la rigidez perceptiva-reactiva. La Terapia Breve se interesa por los intentos de solución y sus resultados para proponer “hacer más lo que funciona” o “hacer lo contrario de lo que no funciona o mantiene la queja”.
- 3) Enfoque transgeneracional: Conectar a la familia con sus mitos y fantasmas, encontrar la asociación entre la familia propia y la familia de origen y deshacer juegos de lealtades invisibles patológicos.
- 4) Enfoque narrativo: Detectar y aumentar las excepciones, facilitar el surgimiento de narrativas alternativas enriquecidas y potenciar los recursos positivos personales y familiares.

Moreno (2011) por su parte, resume bien en un artículo hacia dónde se puede enfocar el trabajo terapéutico: centrarse en los pequeños logros conseguidos que apuntan en dirección al cambio (algo que la persona sintió, pensó o hizo diferente), animar a los pacientes a continuar practicando las nuevas modalidades de relación consigo mismos y con los demás asignando tareas concretas o “pequeños experimentos” para realizar entre sesiones, anticipar las posibles dificultades o resistencias internas o externas que puedan surgir ante los intentos de cambio y abordar cuáles son los sistemas de creencias familiares, culturales o de género que pueden haber alimentado el mantenimiento del problema. Para esto último invita a reconocer y respetar la lealtad de la persona hacia esas narrativas la vez que se las va cuestionando amablemente, añadiendo nuevos aspectos que las modifiquen o amplíen lo suficiente como para que favorezcan los nuevos planteamientos vitales del paciente.

➤ **Intervención en tres espacios: cognitivo, pragmático y emocional**

Planteo un trabajo a tres niveles: cognitivo (sobre creencias, mitos y nuevas narrativas), emocional (conectando mente y cuerpo) y pragmático (buscando nuevas maneras de gestionar los síntomas). Estos tres planos o niveles son los ejes que enmarcan la vida relacional humana y también la psicoterapia, de forma que se potencian y se entrelazan de acuerdo a las circunstancias que se construyan, pero estando siempre los tres presentes (Linares, 1996). Alguien siente, piensa y hace, siente y reflexiona sobre lo que hace o piensa y siente mientras hace. Sea como fuere, la secuencia es recursiva y se particulariza de acuerdo a las personas y situaciones (Ceberio y Linares 2005). Los tres espacios están interconectados de forma que los cambios en cada uno de ellos pueden transmitirse a los otros dos hasta provocar una transmisión generalizada, que es el objetivo del cambio terapéutico. Lo importante no es en qué espacio se inicie la dinámica transformadora, sino que se extienda al conjunto del sistema (Linares, 2012), dándose pues una generalización del cambio de la relación a través de los tres

ámbitos que permite percibir una nueva realidad, actuar y sentir de maneras diversas (Linares, 1996).

➤ **Circularidad y reformulación**

Dice Ausloos (1998) que “la información pertinente es aquella que proviene de la familia y vuelve a ella” (p. 33). Hacer circular la información no es recoger datos sino descubrir a los miembros de la familia cosas que ellos no saben sobre su propia relación, activando el proceso familiar al circularizar la información entre ellos.

La reformulación es una intervención cognitiva que consiste en la aportación por parte del terapeuta de una visión matizadamente distinta o radicalmente nueva de alguna construcción narrativa personal o de un mito familiar. Las preguntas, circulares o no, son pequeñas reformulaciones que de ser relevantes generarán un espacio de incertidumbre en todos los participantes de la conversación, cuya consecuencia puede ser la exploración de nuevos constructos, la introducción de nuevas maneras de actuar o la experimentación de nuevos sentimientos (Linares 1996). Las preguntas rompen con el convencionalismo de la linealidad de los cuestionamientos tradicionales de las personas que por lo general lo hacen de una manera individual sin implicar a los otros en un juego interaccional. Las preguntas circulares no sólo permiten recoger información sino introducirla abriendo una vía hacia nuevas reflexiones y permiten el ingreso de una reflexión interactiva que posibilita la autorreflexión sintiéndose involucrado en un circuito de acciones y retroacciones con otros interlocutores (Ceberio y Linares, 2005).

➤ **Psicoterapia como base de apego seguro**

La teoría del apego es aplicable a la práctica clínica en distintas problemáticas con adultos en intervenciones familiares, de pareja o individuales. Vetere y Dallos (2009) explican cómo la terapia puede ayudar a las personas a dar pequeños pasos y a tomar riesgos relacionales, constituyéndose como una base segura que pone el énfasis en crear un contexto de confianza y no culpabilización donde se pueden enfocar las experiencias emocionales contando con el apoyo y validación del terapeuta para procesar y reprocesar las emociones.

Bowlby (1989) por su parte indica las tareas terapéuticas en el trabajo de apego con adultos: suministrar una base segura (y de acompañamiento) que permita la exploración tanto en general como de su manera de crear relaciones con personas significativas en el momento actual, de la conexión entre percepciones y expectativas presentes (y los sentimientos y acciones que estas originan) y la relación con sus padres en infancia y adolescencia, con el fin de lograr que sean capaces de reconocer las imágenes de sí mismos y de los otros para buscar alternativas más ajustadas.

Cócola (2017) expone en su artículo la posibilidad de utilizar las narrativas de apego relatadas por la familia para establecer “metáforas guía” (Linares, 2012) que colaboren en la comprensión del sufrimiento y las conductas sintomáticas, y utilizar la emoción como guía para el cambio (Vetere y Dallos, 2009). La incorporación de los postulados de la Teoría del Apego puede arrojar luz sobre las dificultades de la familia y de muchos profesionales para comprender de manera relacional trastornos o sintomatologías que suelen estar vinculados con estilos de apego inseguros. En este caso pudiera ser aplicable a la fibromialgia.

➤ **Trabajo con excepciones**

Las excepciones son aquellos momentos en los cuales el o los síntomas no están presentes y la co-construcción de una historia alternativa se hace a partir del diálogo que explora los acontecimientos extraordinarios, es decir, las acciones, planes, deseos, sentimientos,

capacidades, compromisos, creencias, logros de la persona que contradicen o se sitúan al margen de la influencia del problema (Moreno, 2014). Aquí me refiero también a las “diferencias” y a lo que sí funciona.

➤ **Trabajando desde los recursos y por la resiliencia**

Ausloos (1998) expone que las familias poseen las competencias necesarias para realizar los cambios que necesitan si se les deja experimentar sus auto-soluciones y que se activen los procesos que las autorizan. Su “tiempo de proceso” es aquel que necesitan para observar, experimentar y cambiar. Como indican Sánchez y Armijo (2015), es de gran utilidad apoyarnos sobre los recursos funcionales de los pacientes, hacerlos evidentes y emplearlos como palanca de cambio, pues muchas veces las personas llegan descalificadas por su enfermedad o sus problemas y no pueden ver que poseen valiosas capacidades personales. Nuestra función será desvelar y catalizar los recursos para que ellos decidan cómo usarlos en su interacción cotidiana, generando nuevas realidades ajenas a las conductas sintomáticas. El terapeuta no puede instalar en las personas algo de lo que carecen sino evocar en ellas algo que tienen sin ser totalmente conscientes de ello y facilita que crezca y se afiance (Laso, 2014). Por lo tanto, durante el proceso terapéutico se otorga a la familia o individuo un lugar activo, promoviendo la búsqueda y potenciación de sus recursos, fortalezas o lados fuertes.

En cuanto a la resiliencia, las estrategias para fomentarla se orientarán hacia la promoción de las ventajas y aspectos positivos de la ecología del individuo y de la familia además de reducir los factores de riesgo, por lo que junto al tratamiento de la patología será inevitable promover procesos de desarrollo humano y de encaje socio-familiar (Pereira, 2010). Me planteo pues una intervención que tenga en cuenta los factores que promueven la resiliencia tanto individual (las habilidades relacionales, creatividad, humor, autonomía, iniciativa, introspección, sentido moral, confianza en uno mismo, capacidad de dar sentido a lo que ocurre) como familiar (comunicación clara y abierta entre los miembros del sistema que permita una expresión franca de emociones y sentimientos, solidaridad y colaboración en el enfrentamiento y la resolución de problemas, suficiente cohesión de la estructura familiar que permita afrontar los problemas sin que la familia se rompa, una organización familiar flexible que permita cambios adaptativos con suficiente rapidez y una adecuada comunicación con el medio externo y existencia de una red social de apoyo).

Por otro lado, Kornblit (1984) indica que la creencia de tratar de aprovechar las experiencias negativas como oportunidades de crecimiento tiene sus límites y que no podemos llevar al extremo la búsqueda de los positivos de la enfermedad. Es la familia la que debe encontrar su propio camino en el proceso de salida de sus dificultades e incorporar activamente nuevos datos que surjan del proceso terapéutico. Los terapeutas solo desbrozamos el camino para que pueda ser andado.

6.2. TERAPIA INDIVIDUAL SISTÉMICA

Un enfoque sistémico, tradicionalmente asociado al trabajo con parejas y familias, se puede aplicar a una paciente en psicoterapia individual si se enfoca la atención en las relaciones familiares, las interacciones y el contexto. Esto implica pasar de lo puramente intrapsíquico a lo interaccional, explorando los circuitos de interacción que mantienen el problema. El cambio terapéutico se produce también al favorecer una nueva percepción o significado relacional y contextual del problema utilizando herramientas terapéuticas como el genograma y preguntas que exploran ese contexto relacional (Moreno, 2011).

La fibromialgia puede abarcar diferentes etapas del ciclo vital aunque la mayor prevalencia se encuentra en la franja de edad en que la persona teóricamente ha debido transitar por la fase

de desvinculación de la familia de origen. Si el paciente es un adulto independizado se privilegiará un contexto de terapia individual o de pareja y en otras etapas vitales la decisión sobre cómo construir el sistema terapéutico dependerá de la demanda, tipo de problema presentado y recursos de la red relacional (D'Ascenzo, 2014)

Loriedo, Angiolari y de Francisci (1989) hablan de que la elección de un encuadre individual ha de basarse sobre la suposición de que se reconozcan las relaciones recíprocas entre individuo y sistema con el fin de intervenir sobre estas relaciones y sus reglas. Estos autores hablan de una demanda realizada directamente por el interesado, el cual ha de solicitar o aceptar un cambio referido a sí mismo y a su forma de establecer relaciones con los otros o formulada en términos de ayuda para conseguir una desvinculación. En cuanto al ciclo vital del demandante, este ha de haber comenzado al menos su proceso de diferenciación y poseer condiciones de vida emocional y/o práctica suficientemente independiente, incluyendo algunas relaciones externas estables y duraderas, capacidad de autonomía física y económica o de una vida externa al núcleo familiar.

En un análisis de una muestra de pacientes con demanda individual entre 18 y 38 años de edad realizada por Iolanda D'Ascenzo (2014), se encontró que el emergente sintomático se constituía principalmente por ataques de pánico y otros síntomas ansiosos, depresiones, problemas sexuales, problemas de relación o trastornos psicósomáticos entre otros. En la gran mayoría de casos existe la experiencia de haber sido hijo triangulado y/o parentalizado, con problemas de lealtad familiar que la fase de diferenciación de la familia pone de manifiesto.

Dice esta autora que como terapeutas sistémicos nuestro compromiso ha de ser con las relaciones aunque trabajemos individualmente, pues el contexto relacional comprende también a quien no está presente. Trabajamos con una visión relacional y quien pide la terapia se hará responsable del cambio propio y también del cambio del otro, construyendo junto con el terapeuta la posibilidad de un futuro autónomo, quizás mejorando también su familia (en la vida real o en la imaginaria o simbólica). Por lo tanto, terapeuta y cliente construyen un mapa de las relaciones familiares, dan sentido a una historia, comprenden cuáles son las dificultades y deshacen nudos familiares que pueden atar al paciente a las relaciones en su familia de manera patológica en una línea trigeracional. Las claves principales de la intervención serían: reformular síntomas en función del ciclo vital y las dificultades de desvinculación, reconstruir la historia familiar y el desarrollo individual, revisar el rol de hijo/a, legitimar la dificultad para cambiar las relaciones, tomar las riendas de la situación y empezar a introducir cambios, promover diferencias en las relaciones con los padres y ajustar las expectativas con respecto a éstos. La idea es que el núcleo de la patología o problemática del individuo se ancla en el equilibrio de las relaciones y que hay fuerzas sistémicas como la lealtad que han de interesar al terapeuta sistémico aunque se trabaje solo con el individuo. Por otro lado, si el paciente está emparejado, es importante compartir la información con la pareja y hacerle partícipe del proceso pues favorece y refuerza el vínculo.

6.3. TERAPIA NARRATIVA

Desde la incorporación de la segunda cibernética, la relación terapéutica se volvió más colaborativa y el foco de la terapia sistémica en las interacciones se amplió incluyendo los sistemas de creencias y construcciones de la realidad de la familia, el terapeuta y el contexto sociocultural al que pertenecen. La terapia narrativa se basa en la idea de que las realidades se construyen socialmente a través del lenguaje y se organizan y mantienen a través de historias o narrativas culturales, familiares e individuales (Moreno, 2014). Así pues, Los terapeutas co-construyen con los clientes nuevas historias sobre sí mismos que a su vez promueven nuevas formas de vida y relación. Se colocan afuera los problemas investigando conjuntamente cómo actúan, han surgido y se mantienen, además de explorar sus destrezas y recursos personales,

relacionales o sociales para mantenerlos apartados de sus vidas. Esta modalidad terapéutica se puede realizar en diferentes encuadres (individual, pareja o familiar) según caso particular de cada persona o motivo de consulta y las técnicas son variadas (externalización, deconstrucción del problema, exploración de los acontecimientos extraordinarios, cartas, relatos, etc.).

Linares (1996) define estas técnicas como intervenciones que utilizan la literatura (cuentos, historias) o la expresión plástica para contar historias o proponer elementos adecuados para construir nuevas narraciones y que siendo básicamente cognitivas, extienden importantes ramificaciones en los espacios emocional y pragmático.

Figueira (2006) por su parte indica que las narrativas personales son historias que definen el sentido de identidad y que algunas se relacionan estrechamente con síntomas somáticos al retener al paciente dentro de un doble vínculo que silencia la expresión corporal, por lo que suelen descansar aisladas del discurso público. En el proceso de la terapia hay que buscarlas activamente e identificarlas a fin de trazar junto con el paciente una estrategia que socave su poder mediante su deconstrucción y exteriorización. Se habla en este trabajo de que hay tres clases de narraciones de la enfermedad crónica: la narración de mejoría (“he enfermado pero cada día estoy mejor”), la narración del caos (todo se deteriora y está fuera de control) y la narración de la búsqueda (dar sentido y significado a la vida).

El tratamiento para Figueira (2006) consiste en ampliar la conversación que da origen a los nuevos relatos por medio del desarrollo de las voces internas o de lo silenciado. El enfermo crónico necesita un nuevo relato sobre su enfermedad y el lugar que ésta ocupa en su vida y la de quienes le rodean, pues la narración del silencio y el aislamiento es ya inaceptable. Su diálogo interno suele versar sobre las identidades perdidas, lo que se puede conservar y cómo esperar los próximos cambios, pero inhibir los pensamientos actúa como un factor estresante sobre el cuerpo pudiendo constituir un precursor o agravante de la enfermedad. El descubrimiento de nuevas voces (optimismo, conexión, admiración, amor, protección, aprecio, perdón...) proporciona una posición diferente para volver a relatar la vieja historia o crear una nueva. Se trata de describirse de otro modo dejando que las voces internas hablen en voz alta. Al fin y al cabo, la oportunidad terapéutica está en la construcción conjunta de nuevas versiones o de nuevas historias acerca de quiénes somos y del significado de lo que nos pasa (Diéguez, 2009).

Es necesario tener en cuenta también que la nueva narrativa ha de ser suficientemente cercana a la que el paciente y/o su familia traen a terapia para ser entendida y aceptada, sin dejar de ser al mismo tiempo diferente para poder evolucionar hacia el cambio. De esta manera, acceder a otras narrativas implica en un primer momento aceptar la queja tal y como la presenta el paciente, entrar en su mundo por la puerta que nos abre y desde ahí revisar conjuntamente sensaciones, sentimientos, creencias y relaciones, cuestionando la validez de la conducta de enfermedad y explorando otros significados y posibilidades de comunicación. En definitiva se trata de deconstruir el rol de enfermo y fluir hacia una nueva realidad en la que la enfermedad y el dolor no sean los protagonistas absolutos (Diéguez, 2009).

Una técnica narrativa útil: la Externalización

La externalización es un proceso por el cual un cierto atributo o cualidad se saca afuera de las personas y se convierte en algo con entidad propia (White y Epston, 1993). En terapia, externalizar consiste básicamente en utilizar el lenguaje para convertir los problemas que afectan a las personas y a sus relaciones en entidades separadas de éstas, con lo cual pasa a ser posible luchar contra ella. Cuando se coloca una enfermedad crónica en su perspectiva adecuada se promueve el establecimiento de límites funcionales y para ello resulta de utilidad la idea de externalizar el síntoma o afección (Rolland, 2000).

En la intervención con la pareja por ejemplo, el terapeuta puede preguntarles cómo es que la fibromialgia, el dolor o un síntoma concreto está tomando el control de su relación impidiéndoles compartir momentos de intimidad o cómo consigue interponerse continuamente entre ellos. Si la externalización tiene éxito es probable que ambos miembros de la pareja terminen analizando conjuntamente de qué manera pueden trabajar en equipo para impedir que eso siga ocurriendo, ya que concebir de este modo la enfermedad ayuda a establecer una frontera entre ésta y la pareja, que queda unida frente a ella y la convierte en un dilema compartido (esto es “poner a la enfermedad en su lugar”). Esta técnica también funciona de recordatorio de que “la persona no es la enfermedad” y de que él/ella o la relación son más importantes, además de alentar la creencia en la posibilidad de lograr mayor control sobre su influencia (Rolland, 2000).

Las conversaciones externalizadoras exploran cómo son o actúan los problemas, situándolos afuera de la persona para explorar los efectos que han tenido en su vida e identificar un lugar no problemático desde el que se puede actuar para liberarse de ellos, contrarrestando así la visión negativa de su propia identidad y permitiendo recuperar los recursos de las personas para que actúen sobre el problema (Beyebach y Rodríguez, 1994). De esta forma, se crea espacio para poder considerar historias alternativas y es más fácil actuar, se reduce la culpa o la vergüenza, dejando lugar a la responsabilidad (Moreno, 2014).

Beyebach y Rodríguez (1994), indican que los clientes acuden con “puntos de vista” que en buena medida contribuyen a mantener sus problemas y que pueden entenderse como historias o relatos coherentes que estructuran su experiencia, siendo tarea de los terapeutas ayudar a generar interpretaciones diferentes de las que aquellos aportan inicialmente. La externalización es por lo tanto una forma de emplear el lenguaje para facilitar que, durante la sesión, se generen significados divergentes e historias alternativas que favorezcan la disolución de los problemas.

Según el punto de vista de estos autores, puede ser una técnica recomendable en aquellos casos en que los clientes se muestren pasivos y resignados o se sientan incapaces de hacer frente a su situación, también cuando están paralizados por los sentimientos de culpa respecto del problema, cuando queremos que las parejas o familias desunidas trabajen en equipo al crearse un “enemigo común” al que enfrentarse o bien cuando las personas que acuden a consulta están fuertemente comprometidas con un diagnóstico.

Un buen criterio para decidir qué externalizar es considerar qué elementos de la situación actual son más relevantes para los clientes: ¿qué cosas les resultan prioritarias? En este sentido, decidir qué externalizar se basa en una escucha atenta y respetuosa de lo que ellos nos cuentan. La definición del problema externalizado es fluctuante y puede variar a lo largo de la terapia en función de lo que propongan tanto clientes como terapeuta. De nuevo, serán los propios clientes los que vayan dando la clave sobre cómo enfocar el proceso así que externalizaremos una idea o un concepto que resulte creíble para la familia y esté próximo a su experiencia, por lo que será interesante extraer el nombre de lo externalizado de su propio lenguaje. Y cuando no está tan claro cómo nombrarlo, una forma de avanzar sobre seguro es co-construir la externalización con el cliente, sugiriendo diversas posibilidades.

6.4. TERAPIA TRANSGENERACIONAL

La terapia transgeneracional ofrece una perspectiva multigeneracional a la problemática “psicosomática” ya que los lazos de lealtad particularmente fuertes y característicos de estas familias suelen mantenerse a través de varias generaciones. Un objetivo terapéutico es que la familia o la persona individual tome consciencia de este “legado” que le fuerza a comportarse de una manera rígida o disfuncional, para poder separarse del mismo e intentar

nuevas alternativas de interacción, imprimiendo su auténtico sello de identidad y no el forzosamente heredado (Gómez, 2012).

Será pues necesario abordar temas pendientes, duelos no resueltos, conflictos de lealtades, cortes y/o estancamientos emocionales con la familia de origen, explorar expectativas familiares, necesidades y sentimientos heridos, equilibrar el balance de méritos y obligaciones, cuestionar mitos, etc.

Gracias al genograma y otras técnicas, la familia será consciente de sus lealtades invisibles (Pérez, Oropeza, López y de la Roca, 2018). Por “lealtad” se entiende la manera en la cual no sólo se vinculan los miembros de una familia entre sí, sino cómo ejercen un compromiso con mandatos y mitos familiares. El apellido de invisible hace referencia a cómo todos los miembros de la familia, sobre todo el portador del síntoma, tratan de cumplir el credo familiar sin ser totalmente conscientes de ello, dibujando una red de luchas de poder sobre el cuerpo como escenario de batalla.

Por otra parte está el concepto de “diferenciación del yo” de Bowen (1991) en relación al cual la terapia se focalizará en el trabajo dirigido al logro de una mayor diferenciación o individuación del paciente con respecto a su familia de origen, situándose desde una postura “del yo”, lo cual tendrá impacto en sus relaciones y en todo el sistema familiar.

El Genograma

La principal herramienta en la que se apoya la terapia transgeneracional es el genograma, una especie de árbol familiar que aporta información sobre los componentes del sistema y sus relaciones en al menos tres generaciones, representando así gráficamente cómo diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente ligados entre sí de una generación a otra (McGoldrick y Gerson, 1985). Se suele utilizar junto al cronograma, que recoge información cronológica de acontecimientos familiares importantes de manera que se puedan establecer hipótesis sobre coincidencias, esto es, acontecimientos críticos en la familia vinculados a cambios en relaciones familiares (Lebrero y Moreno, 2014). Crear un genograma supone tres niveles: trazar la estructura familiar, registrar información sobre la familia y delinear las relaciones familiares (McGoldrick y Gerson, 1985). La estructura muestra los diferentes miembros de la familia en relación unos con otros (número de miembros, sexo y edad, subsistemas, quienes conviven, bodas, divorcios o separaciones, hijos, fallecimientos, etc., la información familiar abarca los datos demográficos y funcionales, sucesos críticos, etc y el trazado de relaciones muestra pautas vinculares (unión, fusión, conflicto, distanciamientos, etc.). Con el uso de esta herramienta se explora cómo se han producido las transiciones en el ciclo vital familiar y se investigan valores y temas significativos para la familia, reglas, roles o patrones de relación vinculados a roles de género, etc.

Los genogramas presentan una rápida visualización de las configuraciones familiares por lo que son una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar, para así poder establecer un plan de intervención sistémico que busque una calidad de vida para el paciente y su familia. En el trabajo clínico, esta herramienta permite una comprensión más amplia del entorno del que ha surgido el paciente y en el que se desenvuelve, así como de las implicaciones relacionales entre la conducta sintomática del paciente y pautas homeostáticas con los miembros de su familia de origen (Pérez, Oropeza, López y de la Roca, 2018). Por lo tanto, el trabajo con el genograma nos permite contextualizar el problema por el que los pacientes acuden a consulta y darle un significado que conecte con la historia familiar y las pautas de relación más significativas, las cuales una vez que se identificadas, se comprueba cómo siguen actuando en el momento presente en distintos contextos relacionales. Así, estamos en condiciones de ayudar a los pacientes a iniciar cambios

para sustituirlas por otras que permitan nuevas experiencias y formas de relación y que conduzcan a una mayor satisfacción vital (Moreno, 2011).

6.5. TERAPIA DE PAREJA

En los casos de personas que viven en pareja cabe esclarecer desde el primer momento si los síntomas individuales no están ocultando y/o protegiendo una relación de pareja disfuncional, ya que de ser así el abordaje de pareja puede ser más resolutivo que el individual. Se puede considerar que se trata de un excelente contexto terapéutico en las patologías del adulto emancipado y/o viviendo en pareja (Moreno, 2014).

En enfermedades crónicas como la fibromialgia, un trabajo con la pareja se presenta como necesario en la mayor parte de los casos. Según Kornblit (1984), el profesional ha de ayudar a las parejas a resolver las profundas diferencias que se generan en autonomía, proyectos o límites entre otros aspectos, especialmente en los momentos de transición. Propone descentrar primero la queja sintomática para que la metáfora corporal sea reemplazada por otro organizador del conflicto y que el síntoma deje de ser central. El proceso de adaptación a la nueva situación suele conllevar un cambio de roles, es decir en las funciones que cada uno realizar en los diferentes ámbitos de la vida familiar y social (Moratalla, 2009).

La psicoterapia ha de crear, a partir de las realidades de los pacientes y de su relación, visiones alternativas a comportamientos y sucesos que se han vivido como incomprensibles y dolorosos generando un gran malestar, para que puedan calibrar las posibilidades de su relación de pareja y las consecuencias derivadas de ellas con el fin de seguir creando nuevas realidades compartidas (Sánchez y Armijo, 2015). La intervención con la pareja puede ser un contexto terapéutico adecuado para tratar las dificultades individuales de sus miembros que están modulando su relación. Se dirige el trabajo a cada uno de ellos y a su relación, a la pareja se lleva lo resuelto y lo que no lo está, teniendo en cuenta también que el malestar propio puede ser una pesada interferencia que obstaculiza o impide el proyecto vital conjunto. El cónyuge que no lleva la etiqueta diagnóstica porta igualmente una pesada carga de malestar, así que la terapia intentará resolver dificultades identificadas como evidentes en uno de los cónyuges y no explicitadas en el otro, conduciendo a mostrarles un escenario de ganancia conjunta.

Resulta interesante el trabajo de Caillé (1992) cuya perspectiva implica que la pareja crea su propio modelo único, específico y original, que él llama "el absoluto de la pareja" y que define su existencia y marca sus límites. Existe un equilibrio dinámico de la pareja con constantes intercambios entre sus componentes y su modelo de relación (la representación actual de su absoluto) que interviene constantemente como tercer protagonista en ésta. Aquí se respeta la complejidad de las relaciones humanas dando cabida al potencial inventivo y creativo del individuo y de la relación. La terapia de pareja es una intervención en presencia de dos personas que son a la vez creadoras de la relación y creaciones de ésta, la cual pasa a ocupar una silla vacía en la sala de terapia. El objetivo es revelar a la pareja su propio modelo organizativo incorporando a su absoluto relacional el tercero excluido en el dialogo y enfrentarla tanto con sus propios límites como con sus responsabilidades.

La pareja trabajara por tanto en el estudio de sí mismos y de su relación, mientras que las intervenciones del terapeuta irán destinadas a ayudarles a ensamblar los elementos que ellos le aporten, pues solo los miembros de la pareja pueden transformar el absoluto que estructura su relación. El autor presenta en su obra "Uno más uno son tres. La pareja revelada a sí misma" un modelo de intervención destinado a lograr estos objetivos al cual denomina "protocolo invariable" y que cuenta con interesantes técnicas como las estatuas vivientes o los cuadros de ensueño.

Campo (2015) por otra parte, indica que para empezar el trabajo hay dos preguntas básicas a formular: ¿qué les está pasando y cómo podemos ayudarles? Para responder debemos entender las características individuales de cada uno y también su tipo de relación Y para ello debemos tener en cuenta también las experiencias pasadas individuales y relacionales que han propiciado la situación actual, pues han contribuido a configurar la forma de pensar, sentir y actuar de cada uno, siendo reguladas y mediatizadas por las interacciones significativas mantenidas en el presente. Conocer experiencias relevantes pasadas de cada uno permite entender y legitimar sus necesidades propias, los recursos que tienen y también sus vulnerabilidades.

En su artículo, Carmen Campo expone que las parejas que consultan presentan dificultades diversas, algunas son simples desajustes en base a criterios diferentes en cuanto a cómo organizar la vida cotidiana, otras remiten a la dificultad para armonizar estilos muy diferentes en la comunicación, el afrontamiento y resolución de los conflictos, y una tercera categoría está integrada por los desacuerdos en torno a los presupuestos más básicos respecto a lo que significa ser una pareja, que son los que implican mayor dificultad al estar generalmente enmascarados y asociados a la presencia de patología en alguno de los cónyuges. Una vez los miembros de la pareja deciden trabajar conjuntamente entre ellos y con los terapeutas, se orienta el trabajo a consolidar un contexto de buena voluntad donde predominen interacciones positivas, comunicación más funcional y el aprendizaje de nuevas fórmulas de resolución de conflictos.

6.6. TRABAJO EMOCIONAL Y CORPORAL. LAS TÉCNICAS ACTIVAS

Se trataría aquí de movilizar o activar los recursos emocionales más allá de las palabras.

➤ Trabajo con las emociones

La terapia focalizada en las emociones sostiene que estas tienen un potencial adaptativo innato que al ser activado puede ayudar a cambiar estados emocionales problemáticos o experiencias personales no deseadas. Por lo tanto, las emociones son sistemas adaptativos que nos ayudan a sobrevivir y a vivir. En terapia, se ayuda a las personas a identificar, experimentar, explicar, dar sentido, transformar y manejar más flexiblemente sus emociones (Greenberg, Elliott y Pos, 2009). El terapeuta ayuda a los clientes a entender y transformar su experiencia emocional a través de la escucha empática, intervenciones expresivas o evocativas. (Greenberg y Pavio, 2000).

Laso (2014) propone una “recuperación de las emociones” en la teoría y la práctica de la terapia familiar y relacional, ya que por debajo de las cogniciones de una persona o sus intentos de auto-convencerse, su estado emocional clasifica el contexto en que se encuentra organizando sus respuestas y por eso indica que para que el cambio sea duradero se han de alterar no sólo las creencias y acciones sino los estados emocionales que les subyacen y que las determinan indirectamente. Este trabajo no conduce a delimitar un conjunto de “técnicas emocionales” separadas de las cognitivas y las pragmáticas, sino a convertir casi cualquier técnica en un mecanismo de cambio emocional. Los objetivos son específicos, observables y se pueden compartir con la familia: facilitar la activación y expresión controlada de las emociones en sesión ampliando la autoconsciencia del paciente (o familia) y reconociendo sus estrategias y necesidades para actuar de manera diferente y redefiniendo sus relaciones para que puedan satisfacerlas o modificarlas.

Según Laso (2014), en el trabajo con emociones *el terapeuta debe siempre guiar a los consultantes hacia la necesidad relacional insatisfecha que subyace a toda emoción primaria y que palpita en el trasfondo de su vivencia*. El camino a seguir va de la acción o el pensamiento

a la emoción secundaria, de ésta a la primaria, de ésta a la necesidad relacional subyacente y de ésta a una redefinición de la relación que sí cubra las necesidades insatisfechas. Es necesario tener en cuenta que cada paso debe darse sólo cuando ya está presente en el horizonte experiencial del consultante, pues de lo contrario la emoción se acentúa en vez de transformarse al haberse ignorado su mensaje. De ahí que ignorar, desplazar, reprimir o controlar una emoción sólo la acrecienta, sea que lo intente el terapeuta o la misma persona, puesto que *la emoción sirve para asegurar la satisfacción de una necesidad básica e ignorarla sólo puede exacerbar dicha necesidad*.

Relacionado con esta idea, Linares (1996) considera que las técnicas emocionales muchas veces preparan el terreno directamente para compensar las carencias afectivas que subyacen a la narración sintomática y son por lo tanto “técnicas de nutrición emocional”. Pueden revestir formas de prescripción como en las dramatizaciones, y requieren una franca participación afectiva del terapeuta que no debe ser un tabú sino un fenómeno tan inevitable como asumible, y desde luego canalizable en beneficio de la terapia.

➤ Trabajo corporal

Según Onnis (1997) las familias con problemas psicósomáticos se caracterizan por una detención del proceso evolutivo y porque el malestar se manifiesta a través del cuerpo, es decir analógicamente y asumiendo modalidades de comunicación no verbal. Es por ello que las técnicas que permitan expresarse a través del cuerpo consiguen hablar el mismo lenguaje que el síntoma y se muestran especialmente útiles para casos de somatizaciones.

Silenciar la expresión corporal en los problemas mente-cuerpo implica mantener suspendido el propio cuerpo en determinada postura emocional preparado para una acción que nunca llega, pues el factor desencadenante de un síntoma somatizado no suele ser la intensidad de una emoción (ira, miedo, vergüenza...) sino el esfuerzo por silenciar su expresión (Filgueira, 2006). Las Terapias Psicocorporales tienen el cuerpo como referente y se trabaja con la expresión emocional reflejada en él, el uso de la energía y la integración de las diferentes partes de la persona. Algunas variantes de técnicas y terapia relacionadas con este tipo de trabajo son: el psicodrama y sus derivaciones (sociodrama, role-playing, etc), teatro o cinematografía terapéutica, expresión corporal y aprendizaje de la expresividad, artes expresivas (plásticas, gráficas, escénicas...), música, danza, relajación y respiración para canalizar emociones, técnicas orientales (meditación, yoga), etc.

➤ Técnicas activas

Las técnicas activas son todas aquellas que utilizan el espacio y la acción para transmitir de forma analógica aspectos relacionales latentes de gran importancia en el devenir familiar y permiten acceder a un contenido no verbalizado, inconsciente o no. Técnicas como la escenificación, los juegos o las esculturas involucran encuentro, arte y movimiento y por tanto el desbloqueo y la canalización adecuada de las emociones y los sentimientos (Pérez, Aguirre y Fernández, 1995).

López Barberá (2015) indica que añadir el uso del lenguaje corporal y gestual al verbal, modifica la forma de expresión facilitando la congruencia entre los planos racionales, emocionales y corporales. Estas técnicas ponen en juego la conducta comunicativa total de las personas sin limitarse al uso de la palabra o a una acción ciega sin una elaboración posterior de lo ocurrido. Por lo tanto, la narrativa verbal es llevada a la acción, mostrando mensajes a través del lenguaje corporal y no verbal que facilita llegar de manera más directa a los núcleos emocionales y de interacción de las situaciones. En las familias y parejas, las técnicas activas

ven ampliado su efecto movilizador al ser aplicadas en un grupo natural donde todos participan y son creadores de sus narrativas existenciales.

Según Filgueira (2006), en el enfoque sistémico de la enfermedad y su tratamiento encajan perfectamente el lenguaje relacional y la metodología activa del psicodrama y las técnicas relacionadas para: dar voz a un cuerpo que ya de por sí habla (esculturas, espejo), descifrar sus tensiones y expresiones de dolor (caldeamiento corporal, lectura y diálogos escénicos con el cuerpo, juegos y ejercicios corporales, entrenamiento de la expresión corporal), exteriorizar las voces y potencialidades internas (doble, soliloquio o inversión de roles), poner en acción (dramatizaciones, role-playing o sociodrama), examinar y reescribir las historias de los pacientes y las personas significativamente relacionadas con ellos a fin de aprender guiones de vida o historias y roles o modos de relación más adaptativos y que no generen síntomas, o re-entrenar la expresividad para mejorar la comunicación .

Las esculturas

La escultura es una de las técnicas psicodramáticas de mayor utilidad en terapia familiar y de pareja y puede tener funciones de diagnóstico, comprensión y reestructuración. Población y López Barberá (1991) definen la escultura como la expresión plástica simbólica de la estructura vincular de un sistema mediante la instrumentalización de los cuerpos de los elementos que lo componen. Se propone pues a las personas que utilicen sus cuerpos, moldeando sus posturas, gestos, posiciones relativas, distancias y contactos, para conformar un grupo escultórico que muestre a primera vista el esquema de interrelaciones de dicho grupo humano desde la subjetividad del escultor, es decir, desde su punto de vista personal. De esta manera, la familia representa espacialmente la imagen que posee de sí misma para después añadir un comentario de cada uno sobre lo que ha experimentado, si se cree oportuno (Onnis, 1996).

La elaboración de esculturas consiste en asociar la dimensión diacrónica del tiempo a la metáfora espacial que está siempre presente en ellas (Ceberio y Onnis, 2007) y su utilización en terapia permite integrar distintos niveles de la realidad compleja del trastorno o enfermedad, como por ejemplo el aquí y el ahora junto con aspectos históricos y evolutivos, teniendo en cuenta presente y pasado, familia propia y familia de origen. En definitiva, la escultura permite a la familia “mirarse a sí misma” e introduce la circularidad en el sistema, en concreto entre el paciente identificado, su cuerpo y la estructura de la familia (Gómez 2012). Previamente a la introducción de las esculturas en terapia se debe establecer una adecuada alianza terapéutica y además es paso previo un caldeamiento y la presentación clara de las instrucciones a seguir. Por otro lado, existen diversas “técnicas auxiliares” que se pueden introducir sobre la escultura base multiplicando así su efectividad, como son el espejo, doble, soliloquio, inversión de roles, multiplicación dramática, etc. Y también es posible introducir variantes en las esculturas (la real, deseada, temida, proyectiva tipo “es que tú me haces o desde el “yo te hago”).

Las esculturas del presente y del futuro como modelo de intervención (Luigi Onnis)

El lenguaje analógico es menos definido pero más rico en posibles significados que el digital y además permite estimular la creatividad entre el sistema y el terapeuta además de explorar niveles emocionales más profundos y menos evidentes (Onnis, 1996). Durante el trabajo con esculturas se entra en el sistema a través del mismo canal que utiliza, el analógico, con el objetivo de explorar “lo no dicho”, aquello que la familia no revela de sí misma y que es la imagen mítica compartida que posee (Ceberio y Onnis, 2007). En familias donde se presenta el malestar a través del cuerpo, las esculturas permiten hablar su mismo lenguaje, aquel con el cual expresan su conflicto.

El modelo de Onnis (1996) tiene algunas variaciones con respecto a las esculturas habitualmente utilizadas, pues a cada miembro de la familia se le solicita realizar dos esculturas, una del presente (representar a la familia tal y como la ve actualmente en la fenomenología de las interacciones en curso) y otra del futuro (representarla como se imagina que será tras un tiempo determinado). En esta última no se solicita una representación que proyecte un “deseo” de cambio en el futuro (pues parece ser que la capacidad de las familias de verse en evolución está bloqueada o que el cambio supone una amenaza muy intensa activando intensos miedos, sobre todo a toda transformación que implique individuación de los miembros). Lo importante es que analógica e implícitamente emerjan las emociones a través de representaciones metafóricas, así como los mitos y fantasmas familiares (unidad y pérdida, separación o disgregación).

Onnis (1996) indica que las esculturas se realizan en la cuarta o quinta sesión, cuando se ha alcanzado un nivel de confianza y se cierra sin realizar comentarios. En la sesión siguiente cuando se retomará el material construyendo una redefinición del problema somático como metáfora del problema familiar, con el fin de ampliar el significado del síntoma y establecer sus conexiones con el malestar de la familia. Mediante la elaboración de esta redefinición se identifica el simbolismo del síntoma.

Según Onnis (1996), el trabajo con esculturas respeta la perspectiva de la complejidad al considerar varios niveles:

- El nivel del cuerpo, a través del cual se expresa el síntoma. El uso metafórico del cuerpo en las esculturas introduce un mensaje. Es el cuerpo un lugar de intersecciones y conexiones entre éste y el contexto e historia.
- El nivel psicoemocional del individuo: cada uno propone con su escultura su propia representación familiar expresando así su especificidad e identidad.
- El nivel familiar de los mitos compartidos: en las del futuro sobre todo, las representaciones, imágenes y fantasías propuestas por cada miembro de la familia se construyen en torno a valores comunes que configuran un mito familiar.
- El nivel terapéutico: El terapeuta queda comprometido en el proceso terapéutico al recibir y enviar información en un juego especular donde la familia puede verse en la representación de sí misma en las esculturas y también en la imagen que les es devuelta por el terapeuta, la cual es nueva y diferente a la anterior.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo representa el comienzo de un camino, no está todo dicho. De hecho, es mucho más lo que queda por explorar en la perspectiva sistémico-relacional que puede ser útil en el abordaje del síndrome de fibromialgia que lo apuntado en estas páginas, ya que es tan solo una pincelada de lo que se pudiera ahondar. Aquí no he entrado en el tema de las clasificaciones diagnósticas o en las categorías de trastornos donde se pudiera enmarcar esta enfermedad, ni tampoco en asuntos farmacológicos, pues la intención es poner el foco en lo relacional. Creo firmemente que los problemas humanos solo puede ser comprendidos y cambiados si se tiene en cuenta el contexto y se trabaja “en y junto a él”.

Por lo tanto, aquí hablo de fibromialgia pero sea cual sea el diagnóstico, es el mundo relacional y lo asociado a él lo que subyace, sea que la persona presente anorexia, adicciones, o enfermedades orgánicas según diversos factores específicos que interactúan para que se decante por una u otra problemática. Con lo que me quedo es con la idea de que la visión

relacional de este síndrome quizá puede ayudar a comprender de dónde viene y mejor aún hacia a dónde puede dirigirse el tratamiento si se introducen elementos de los individuos en relación desde el principio de sus vidas. Cuando terapeutas como Onnis, Kornblit, Cancrini o Minuchin trabajaron con familias psicósomáticas, no existía la fibromialgia tal y como se define actualmente, pero creo que sus ideas y aportaciones pueden ser aplicables o al menos orientativas, aportando claves interesantes. Al fin y al cabo todo son problemáticas que se ponen de manifiesto a través del cuerpo.

Actualmente hay controversia y diferencias entre las guías de diagnóstico y tratamiento editadas por el Sistema de Salud y la vivencia de los afectados. Una de las ideas debatidas es el concepto de enfermedad “psicósomática” donde se refleja lo que he indicado en este trabajo sobre la construcción social. Aunque he tomado ideas de terapeutas sistémicos sobre trastornos psicósomáticos, lo veo solo como un “nombre” ya que considero que he dejado claro que hay múltiples niveles interrelacionados y que me quiero alejar del reduccionismo. En esta enfermedad no se trata de que sea todo mental o emocional pues es real lo que siente el cuerpo y es cierto que los afectados sufren y mucho, además de que en la mayoría de casos se sienten con serias limitaciones para adaptarse al ritmo de vida actual. Para mí es algo real no cabe duda, no importa si hay marcadores biológicos que lo demuestren de manera objetiva sino lo que se traduce en sufrimiento. Por eso creo que la intervención sistémica y relacional puede abrir un campo interesante al abordar lo que subyace, las historias de dolor, las dificultades de individuación, las necesidades no expresadas y no satisfechas, etc. Eso es algo que si la persona está preparada puede ser interesante trabajar, para sanar el dolor desde su origen y eliminar un malestar que no deja de crecer.

Ante la enfermedad hay crisis en el sistema relacional de la persona, hace falta flexibilidad y dejar que actúe su capacidad de autoorganización. La cronicidad viene de la mano del estrés crónico donde el sistema puede quedar definido por el problema que todo lo invade, quedando el paciente impregnado con una etiqueta que borra quién es, qué siente, cuáles son sus dificultades y capacidades. Solo se ven síntomas. Decir que en este trabajo me he referido en varias ocasiones al “paciente o al enfermo” pero solo ha sido por mera indicación de la persona que sufre en su propio cuerpo los síntomas o la enfermedad, no creo en las etiquetas y obviamente la persona es algo más que un enfermo o un paciente y de esta idea parte mi visión de la intervención en estos casos. Por otra parte, la familia es clave en la recuperación y propongo tomarla como aliada y no como culpable. Sí que he presentado factores considerados poco funcionales que pueden estar en el origen y mantenimiento de la sintomatología, pero lo importante es explorar esos factores para cambiar algo y facilitar que ese contexto relacional sea más funcional o satisfactorio para todos los que están en él. No busco causas sino conexiones para tratar los temas que están ahí subyacentes.

En lo que respecta a las propuestas de intervención, no pretendo presentar un programa que todo lo solucione, porque entre otras cosas no todas las personas están preparadas para profundizar tanto en su historia o en su posición en las relaciones y hay muchos mitos y mandatos que se encuentran tan arraigados que se convertiría en una tarea titánica. En principio buscaría acompañarles y ayudarles a convertirse en expertos de su propio sistema y buscar y potenciar sus recursos para que puedan adaptarse por ellos mismos si reaparece la tensión familiar. Lo que sí guía la propuesta es la idea de que la intervención siempre se hace con individuos en relación.

He tenido en cuenta temas como los vínculos de apego, lo transgeneracional, la personalidad, el trauma, etc. en diferentes sub-apartados aunque realmente todo está conectado. Creo que en los casos de afectados por fibromialgia aparecen conexiones con todos estos temas y que es adecuado tenerlos en cuenta para profundizar y llegar a la esencia del malestar. Se trataría en parte de reconocer los significados y razones profundas que están detrás del trastorno,

cuestionar los mitos y creencias tanto familiares como personales que están entrando en juego y así después comenzar a recorrer un nuevo camino más enriquecedor y adaptativo. Sería útil redefinir el síntoma, ayudar a eliminar la etiqueta de “enfermo/a” y desplazar el foco del problema desde su persona hacia las relaciones y hechos de la vida (reconstruyendo la relación que une la evolución del trastorno con estos últimos), así como también reelaborar la experiencia personal pasada y presente, la historia familiar, construyendo una nueva narrativa, encontrando el sentido de la enfermedad y sanando en lo posible las heridas emocionales.

Las emociones son decisivas en el mundo de la persona y no se deben dejar de lado en terapia. Por eso propongo actuar en los tres espacios; cognitivo, pragmático y emocional; o al menos, aunque no se comience por el último, no perder de vista la respuesta a este nivel, tanto en un aspecto más profundo (heridas pasadas, traumas, duelos, asuntos no resueltos...) como en lo más vivible como es su expresión. Creo interesante también ayudar a las personas y sus familias a entender y controlar sus intercambios emocionales, sobre todo los que les afectan, pues si cambian los modelos de interacción habrá cambios en los síntomas.

En relación al tema del apego, considero que no pocas personas se ven bloqueadas en algún momento de su ciclo vital por no encontrar una base segura, sintiéndose fusionadas con alguien que representa el más importante vínculo (sobre todo los progenitores o los cuidadores) dificultándose así su desarrollo y crecimiento relacional. Ese vínculo tan temprano es más importante y determinante de lo que parece en cuanto a cómo construiremos los vínculos y relaciones con quienes nos vayamos encontrando, empezando por el establecimiento de la pareja, donde se proyecta de una manera tan clara lo que en lo relativo al apego aporta cada miembro de esta. Me parece muy importante llegar a mantener un vínculo sano y seguro con la familia, la pareja e hijos, incluso con los amigos u otras relaciones, y poder tener presente que se está disponible pero como individuo con entidad propia. Así sería posible la libertad para “ser con” y “estar con” alguien. Explorar los vínculos de apego en la familia de origen permite comprender la manera de relacionarse ahora, lo cual me parece un punto clave para las personas con fibromialgia.

También me parece muy importante el tema de lo transgeneracional a la hora de elaborar hipótesis relacionales ante cualquier caso (individual, pareja o familiar) y creo que si no se tiene en cuenta este aspecto puede ser muy complicado que la demanda real se solucione. Para formar un nuevo sistema familiar es necesario completar el proceso de individuación para pasar a relacionarse con la familia de origen ya como adulto. Este proceso de individuación puede ser complejo y largo y creo que es importante trabajarlo de alguna manera si es posible, pues no siempre se está en el momento idóneo para entrar en ello. De todas formas creo que tomar conciencia de lo que se ha heredado de la familia de origen va a ayudar a vivir con menos dificultad y poder seleccionar de alguna manera que es útil y qué es más que nada un problema y por tanto interesaría cambiarlo. También está el conflicto entre el sentimiento de pertenencia vs deseo de autonomía y construcción del propio proyecto personal, muy presente en múltiples casos o problemáticas.

Por último, creo que siempre es útil comprender los síntomas como un modo de comunicación ante situaciones conflictivas, como indicadores de malestar y petición de cambio porque el funcionamiento del sistema no va bien, pues envían un mensaje que hay que descifrar y salir del estancamiento es lo que permitirá al sistema fluir y mejorar. En este caso me parece interesante explorar qué pasaba antes para que se hiciese necesario el síntoma, comprender junto a ellos qué ha hecho posible que se organizaran así en torno a relaciones insatisfactorias y que conexión puede haber entre esto y los síntomas.

Algunas cosas que quedan pendientes: En el trabajo me centro sobre todo en personas adultas, de manera que falta profundizar más en los casos de niños, adolescentes, etc. Sí creo

que es significativo que un porcentaje altísimo de afectados sean mujeres. Por una parte, esto tiene relación con los roles de género que no han cambiado tanto en esencia, aunque ahora la mujer acceda al mundo laboral o se pueda desarrollar más a nivel personal. La mujer estudia, trabaja fuera de casa, tiene éxito y toma decisiones, pero siempre se ocupa también de los otros aspectos familiares que es incapaz de dejar por el peso de los valores culturales y mitos familiares. Es un tema interesante a tratar, daría para un trabajo en exclusiva. También me ha faltado abordar el impacto sobre la parentalidad ejercida por la persona afectada y por la pareja en general como equipo, pues su efecto sobre los hijos/as es importante y tratarlo puede ser beneficioso para ellos y para generaciones venideras. Por último, he hablado poco sobre la depresión o la ansiedad que aparecen asociadas a la enfermedad, sobre todo en su sentido más relacional. Al respecto decir que considero necesario abordar estos temas desde esta perspectiva situándolos en su contexto, como cualquier otra sintomatología.

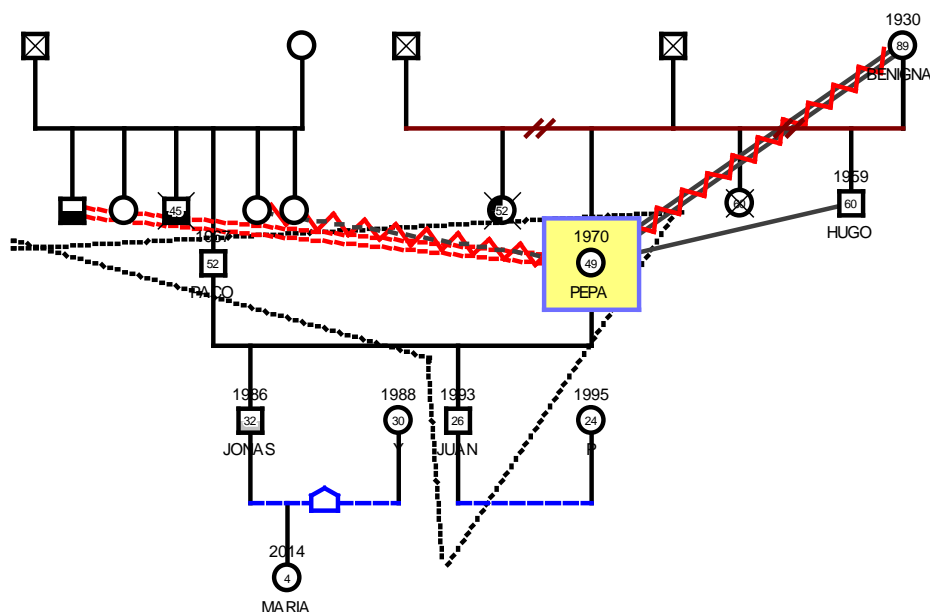
8. EJEMPLO DE CASO

Este caso puede servir como ejemplo demostrativo de lo que esta enfermedad conlleva en la vida relacional de los pacientes, de las conexiones que puede tener la sintomatología con la historia familiar y de cómo creo pudiera ser abordado desde la perspectiva sistémica.

8.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO, GENOGRAMA E HISTORIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Descripción del caso: Pepa tiene 49 años, está casada desde los 17 y tiene dos hijos ya adultos. Hace 7 años sufrió una intervención quirúrgica en la que estuvo cerca de perder la vida y desde entonces su estado de salud ha ido de mal en peor. Actualmente tiene dolor generalizado y también localizado en algunas zonas del cuerpo, mala calidad del sueño, trastornos gastrointestinales, dificultades para concentrarse, fatiga significativa, etc. Está esperando un diagnóstico en este momento pero su situación diaria es precaria y fuente de gran sufrimiento.

Genograma



Datos de los miembros de la familia más significativos:

Pepa tiene 49 años y trabaja como auxiliar de farmacia, para lo cual estudió a los 40 ya que previamente no tenía estudios y trabajaba en tareas de limpieza. Paco tiene 52 años, trabaja de albañil desde los 15 y ahora es su propio jefe.

Jonás tiene 32 años, vive con su pareja y su hija de 4 años cerca del domicilio de sus padres. No tiene trabajo estable y cuando está en paro ayuda a su padre en la construcción. Su pareja trabaja actualmente pero no tienen suficiente solvencia económica. Jonás consume en ocasiones sustancias adictivas y ha tenido algunos problemas con la justicia por meterse en peleas, lo cual a Pepa la preocupa mucho.

Juan tiene 25 años y continúa viviendo en el domicilio familiar. Tiene pareja con la que aún no convive pero que pasa muchas noches en casa de la familia de Juan, sobre todo en fin de semana. Juan consigue trabajos esporádicos y cuando no encuentra nada también ayuda a su padre en su empresa de construcción.

Benigna tiene 88 años y padece dolores crónicos para los que recibe constante medicación y tratamiento de rehabilitación. Dada su avanzada edad y su demanda creciente de cuidados (aunque aún puede valerse por sí misma), se ha trasladado a vivir cerca de su hija Pepa, con la que tiene frecuentes enfrentamientos pero que es la única que queda en la familia dispuesta a cuidarla y atender sus necesidades.

Historias individuales y familiares

Historia de Pepa: es la más pequeña de cuatro hermanos de los que los dos mayores fueron fruto de un matrimonio anterior de su madre. Su padre trabajó como comercial a nivel internacional y conoció a la madre de Pepa en Venezuela. Por su profesión, el padre pasaba poco tiempo en casa y además se separó de su madre cuando ella era muy pequeña de manera conflictiva, por lo que se mantuvo alejado de ella. En su caso no fue criada por una madre soltera ni por familia extensa sino que fue internada con monjas. Su padre murió años después y la madre siempre ha seguido su propia vida hasta que se fue haciendo mayor y padeciendo dolores crónicos o afecciones respiratorias que la obligan frecuentemente a ingresar en hospitales. La hermana mayor de Pepa fue quien ocupó el papel de madre para ella, pero tuvo un accidente de tráfico a los 40 años y permaneció en estado vegetativo bajo el cuidado de su hija pequeña durante otros 20, hasta que murió. Con su hermana por parte de padre cortó la relación de manera hostil y se mantuvieron en pie de guerra (sobre todo por parte de su hermana) durante años hasta que murió por enfermedad. Durante sus últimos días sí permitió y agradeció que Pepa la acompañara pero nunca hablaron profundamente de su relación y de las heridas mutuas. En su familia hay un amplio historial de casos de niños con espectro autista y de cuidadores abnegados pero agotados.

Historia de Paco: nació en una familia numerosa siendo el cuarto de seis hermanos y se tuvo que poner a trabajar desde temprana edad. Sus hermanos varones estuvieron metidos en algunos asuntos de drogas. Las hermanas han seguido sus vidas sin incidencias significativas y actualmente son las que se encargan de cuidar a su madre anciana por turnos. Paco tiene una relación cordial con su familia aunque no se siente demasiado vinculado a ella.

Historia de la pareja: Pepa y Paco se conocieron muy jóvenes y se enamoraron. Para su sorpresa hubo un embarazo no buscado y decidieron casarse hace ya 32 años. Al principio tuvieron que vivir en casa de los padres de Paco y otras temporadas con la madre de Pepa, pero poco después reunieron algo de dinero para comprarse su propio piso. Desde entonces no han parado de trabajar para salir adelante y que a sus hijos no les falte de nada. Aún continúan haciéndolo.

8.2. ÁREAS A EXPLORAR Y POSIBLE HIPÓTESIS

Algunos datos sobre la forma de ser de Pepa: le cuesta delegar, siempre ha llevado y organizado su casa con energía y determinación y siempre ha podido con todo. Y aunque parece que no se deja controlar, siempre acaba cediendo su bienestar si los suyos están mejor, no duda en ayudar a quien se lo pide aunque no se encuentre bien y es muy sensible ante los acontecimientos que la ocurren a ella o a otros. Las lágrimas las tiene a flor de piel a pesar de parecer una persona dura.

Estructura: los límites en esta familia siempre han sido bastante difusos y Pepa siempre anda muy pendiente de lo que hacen y deciden sus hijos, siempre con intención de protegerles. El que marca límites rígidos es designado como “despegado” y no siempre se respeta esa actitud. Se trata de una familia más bien aglutinada, con muchas intromisiones en la privacidad y los espacios de los demás, más emocionales que físicos. Su tendencia es centrípeta en general y en situaciones críticas como la enfermedad aún más, girando todos en torno al síntoma y su portador.

Comunicación: en esta familia en general los temas y malestares se expresan, aunque muchas veces se hace de manera brusca o un tanto hostil, sobre todo en momentos de estrés y de crisis. Algunos asuntos se evitan por no revolver o discutir, pero se transmite la inquietud que producen por otras vías (conducta, emocionalidad, etc.).

Alteraciones y proceso de adaptación: Pepa conserva mucha funcionalidad pero sus dolores la apartan de realizar sus actividades cotidianas y de ocio cada vez más. Puede moverse, trabajar o hacer las tareas domésticas pero el coste por hacer todo esto cada vez es más elevado. Su rol en la familia es importante pues es el pilar fundamental sobre el que se sustenta (todos la ven como el “centro”). Al empezar a no poder con todo lo que hacía, toca compartir tareas y adaptarse a ello, tanto los demás que toman nuevas funciones como ella misma que tiene que asumir que tiene que delegarlas. Un aspecto importante es que también es cuidadora de su madre y ahora sus hijos en ocasiones han de tomar esta función cuando ella no puede cumplirla adecuadamente por diversas razones. Desde que la sintomatología de Pepa está aumentando en intensidad y duración se ha estado aislando cada vez más, rechazando propuestas de sus amigos para realizar actividades, diciendo que “está harta de las personas”, sintiéndose triste y sin mucha esperanza ni ganas. A esta familia le está costando poner a la enfermedad en su lugar porque aún están reorganizándose ante la nueva situación. Ya saben que las cosas pueden mejorar pero no desaparecer. Todos están bastante pendientes de lo que a Pepa la pase, cuidándola o supliendo alguna de sus tareas. Las emociones están a flor de piel en este momento, hay hartazgo, hostilidad en ocasiones, tristeza y una gran reactividad por parte de Pepa sobre todo. Quizás estén elaborando un duelo por lo que se perdió, aunque ya empiezan a buscar salidas también.

Impacto en el ciclo vital: En cuanto a las alteraciones de proceso, aquí hay claro impacto relacionado con el ciclo vital, las líneas evolutivas que se cruzan y superponen y la compatibilización de necesidades. Por una parte, Pepa y Paco aún no han terminado su labor de padres, uno de sus hijos aún vive en casa y el otro ya creó su propia familia aunque hay una gran dependencia emocional e incluso económica de ellos. Su etapa de nido vacío no ha llegado y al mismo tiempo aún están en la edad y momento vital de recuperar su vida como pareja, planificar actividades de ocio solos, además de cuidar a sus padres ya mayores, etc.

Impacto en la relación de pareja: actualmente la pareja se encuentra en crisis pues este es un caso en que la relación se ha visto afectada y desequilibrada. La intimidad ha quedado dañada, hay distanciamiento físico y emocional. Pepa se siente rechazada por Paco y éste se siente impotente, no sabe cómo acertar con ella y nada de lo que hace es suficiente. A Pepa a veces

él la pone más nerviosa y la estresa más de lo que ya está, pero es que realmente cada uno tiene su tiempo de adaptación o su manera de entender lo que ocurre. La comunicación se ha ido enrareciendo cada vez más, a veces se torna inexistente o explosiva. Sí es cierto que Pepa dice que cada vez necesita más a Paco y eso hace que quizás le exija mucho, según él muchas veces demasiado. La cosa es que él también se siente agobiado y no sabe cómo responder o desconectar y si ella le nota ausente de alguna manera le culpa.

El mensaje de los profesionales de la salud y las expectativas médico-paciente: el caso de Pepa ejemplifica la clásica peregrinación por los servicios de salud en busca de respuestas. Cada médico tiene en cuenta una sola parte de su cuerpo de manera aislada, dando prioridad a un síntoma y no prestando atención al conjunto. Ella se siente algo desesperanzada, con la idea de que nunca mejorará. El mensaje de la cronicidad ya está arraigándose.

Desvinculación y otros aspectos transgeneracionales ahora mismo Pepa se debate entre normalizar su propia vida y el cuidado de su madre. Tiene sentimientos ambivalentes entre hacer lo que debe y un deseo de no tenerla cerca, lo cual implica un sentimiento de culpa. Puede decirse que su diferenciación no está bien elaborada y que tiene conflictos internos de lealtades. Existen también pautas de las familias de origen que se están repitiendo entre la pareja y con respecto a los hijos, así como mitos y mandatos.

Mitos: en la familia de origen de Pepa hay muchos miembros con el rol de cuidadores, excepto su propia madre. La familia nuclear de Pepa tiene un cierto mito de armonía donde a pesar de haber conflictos son sofocados rápidamente, y comen juntos casi todos los domingos. Pepa tiene mucho miedo a perder a sus hijos o su marido y necesidad de reunirles a su alrededor, haciendo esfuerzos para que eso no cambie. Los demás algo protestan, pero se unen a ello.

Narrativa: Pepa ya habla de ella misma con bastante resignación, parece que sus síntomas se han convertido en el centro de su mundo y de sus relaciones. Casi todos los aspectos de su vida han sido invadidos por la narrativa sintomática y se puede decir que esta familia se está convirtiendo en un sistema definido por la enfermedad. Sin embargo, también son capaces de hablar de futuro y de otros aspectos de la vida, lo cual se puede rescatar y potenciar.

Apego y trauma: Pepa tiene heridas emocionales importantes derivadas de sus experiencias vitales. Ella misma se ha encontrado cerca de la muerte y además ha tenido numerosas pérdidas, tanto físicas como por abandonos de personas muy significativas en su vida. Su patrón de apego es más bien ansioso, necesita al otro a su lado, es demandante y preocupada en exceso por los movimientos que hacen sus hijos o su marido en la vida. Con el resto de relaciones sociales, en general se muestra desconfiada en principio y no se entrega fácilmente.

Recursos y factores de protección: Pepa y Paco son una pareja de larga duración, se conocen bien, forman un buen equipo y han pasado por muchas circunstancias difíciles juntos, de las que en general han salido airosos y fortalecidos. Ahora mismo les cuesta encajar sus diferencias aunque también su intensa historia les hace sentir que estarán ahí el uno para el otro a pesar de todo lo que están pasando, que creen en su relación y no se plantean abandonar. Todos y cada uno de los miembros de la familia tienen sus propios recursos personales y también los hay familiares. En el caso de Pepa, tiene capacidad de iniciativa, sentido del humor, de dar sentido a las cosas y de introspección. En cuanto a factores familiares de resiliencia, son capaces de estar unidos ante la adversidad, llegar a consensos, expresar emociones y cuentan con red social de apoyo.

Una posible hipótesis relacional: Pepa siempre ha tirado y podido con todo a pesar de haber pasado por momentos muy difíciles. Sin embargo, verse con su capacidad disminuida al sufrir una delicada operación quirúrgica que la dejó algunas secuelas, la hizo sucumbir ante el

elevado estrés sostenido que estaba pasando al no poder controlarlo todo. Sus hijos se hacen mayores y las decisiones que toman la dan miedo y la generan inquietud. En general parece tener miedo a que ellos la consideren mala madre, se alejen de ella y se echen a perder por no haberlo podido evitar, ya que no se lo perdonaría nunca. Y además necesita ser para ellos la madre que ella no tuvo. Comienza con síntomas somáticos leves como alguna alopecia, dolores en algún punto, etc. A todo ello se suma la presencia cada vez mayor de su madre, que al ir haciendo años y estar delicada de salud demanda más sus cuidados y atenciones, ya que nadie más acepta hacerse cargo. Sin embargo ella no tiene un vínculo seguro con su madre y la cuida y atiende con sentimientos mezclados de rencor y falta de un amor que cree que debería sentir por una madre. Todos estos factores hacen que la situación de salud de Pepa empeore y se vayan añadiendo síntomas, lo cual también influye decisivamente en las interacciones en su familia. El malestar crece entre ellos y los síntomas suben de intensidad creándose un círculo vicioso difícil de manejar. Quizás aquellos sirvan para pedir que algo tiene que cambiar, que la situación anterior no se puede manejar ya, que los hijos son ya mayores y no se puede controlar todo, que hay que dejarlos volar más solos pero se ve incapaz de permitirlo. Y también puede ser una expresión de la necesidad del amor que su madre le recuerda cada día que es incapaz de darle.

8.3.MI PROPUESTA DE ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PARA ESTE CASO

En cuanto a **estrategias y objetivos**:

- Analizar áreas donde aparece dificultad o disfuncionalidad. Explorar el mensaje del síntoma, qué quiere transmitir a los demás y qué función tiene en el sistema.
- Respetar su tiempo de proceso, crear un contexto de confianza y no culpabilización, Negociar explícitamente los cambios deseados y los objetivos.
- Trabajo en tres niveles: pragmático, cognitivo y emocional. Utilizar la circularidad.
- Redefinir los síntomas y conectarlos con el malestar en la familia, con aspectos relacionales y/o con eventos críticos de su vida.
- Reestructurar el sistema, trabajando con límites adecuados entre subsistemas y con el exterior, jerarquía, roles, reglas y patrones rígidos de interacción.
- Favorecer la metacomunicación y desechar las soluciones intentadas ineficaces. Explorar los circuitos de interacción repetitivos alrededor de los síntomas (qué hacen, piensan, dicen y sienten).
- Detectar y trabajar con las excepciones y con lo que sí funciona (porque Pepa es algo más que quejas y dolor), potenciar los recursos y factores protectores de resiliencia tanto de Pepa como del resto de la familia y su entorno social. Alentar los proyectos personales.
- Trabajar con los vínculos de apego y su manera de crear relaciones, siendo la relación terapéutica una base segura para explorarlos.
- Explorar ciertas tensiones, conflictos y miedos escondidos y profundos.
- Trabajar la pérdida, el trauma, lo silenciado, los duelos.
- Abordar el papel de las creencias y de la influencia de la construcción social y de género de esta enfermedad. Cuestionarlos.

En cuanto a **modelos y técnicas aplicables**:

- Técnicas activas para trabajar con información analógica similar al lenguaje del cuerpo, que emerjan las cosas no expresadas con palabras y se pueda redefinir el problema.
- Terapia de pareja, o al menos algunas sesiones con ambos cónyuges, para trabajar temas de diferencias en criterios de autonomía e interdependencia, proyectos

- personales, límites con sus familias de origen, dificultades en su comunicación, intimidad, sexualidad, trabajar con su “absoluto relacional”, etc.
- Terapia individual sistémica, pues Pepa necesita hacer un cambio en su manera de relacionarse con los demás y sobre todo con su madre, por lo que un trabajo terapéutico dirigido a lograr una mayor diferenciación puede ser muy positivo. Revisar su rol como hija, madre y pareja, ajustar expectativas e introducir cambios en sus relaciones desde una “posición del yo”.
 - Terapia transgeneracional para explorar las lealtades invisibles que existen en la familia de origen de Pepa (y de Paco) y cómo se están reflejando en sus relaciones actuales. Parece ser que al menos ella tiene asuntos de lealtad familiar pendientes. Trabajaría lo relativo a la dependencia emocional, historias pasadas, legados de mitos y mandatos, estancamientos relacionales, duelos no resueltos, temas pendientes, viejas heridas, repetición de patrones y roles así como el tema de cómo lo están proyectando en sus hijos. Usaría el genograma para representar todo esto y poder trabajarlo junto a Pepa y la familia.
 - Trabajo emocional para poner sobre la mesa las necesidades no satisfechas, expresar y elaborar las emociones subyacentes, acceder a los recuerdos dolorosos y liberarse de la energía atrapada en el cuerpo.
 - Terapia narrativa para co-construir junto a ellos una nueva historia sobre quiénes son y el significado de lo que les pasa, es decir, una narrativa más rica y alternativa. Utilizaría la técnica de la externalización para poner a la enfermedad en su lugar.

8.4. CONCLUSIÓN Y POSIBLE EVOLUCIÓN

Este caso ilustra todos los aspectos relacionales que he abordado en este trabajo y eso me hace pensar que es posible aplicar la visión sistémica y relacional para el síndrome de fibromialgia, donde tanto influyen estos factores para que la sintomatología se intensifique o no. Sin embargo, aquí presento diversas áreas de intervención y técnicas que pudieran aplicarse sin dejar de tener claro que en la realidad de cada caso hay más aspectos que intervienen y que en ocasiones no permiten profundizar en todo lo que se pudiera cambiar. Solo Pepa y su familia tienen la clave y la capacidad de hacer esos cambios y de trabajar estas cosas. Como terapeuta solo pudiera acompañarles, quizás guiarles y formar parte del equipo de trabajo junto a ellos. Cuando ya iba a dar por terminada mi exposición de este caso, ayer me llamó Pepa porque algo ha ocurrido entre ella y su madre en estos días que ha supuesto un punto de inflexión, pues dice que ya no se siente atormentada por sus sentimientos ambivalentes hacia su madre ni por la culpa por no ser buena hija. Ahora siente que debe llorar por haber tenido una madre que no la ha dado amor ni validación y un padre nunca presente, pero no por sentirse culpable. Dice que ahora quiere continuar su vida junto a su familia y que su madre “ha muerto para ella”, que no la afecta tanto como antes. En mi opinión queda claro que para que Pepa consiga tener una vida más plena necesita trabajar esos asuntos pendientes con su familia de origen, llegar a ver a su madre de una manera más realista, con expectativas ajustadas pero sin tanto rencor, continuando su camino hacia una individuación que no ha sido tan clara como parecía, pues hasta ahora según Pepa, ha seguido siendo una niña despreciada y abandonada, sintiéndose y reaccionado como tal. Pepa quiere elaborar todos estos asuntos, quiere avanzar y además cuenta con muchos recursos propios, de su familia y de su red social. Creo que la evolución que puede seguir es satisfactoria si continúa trabajando y profundizando en todos estos temas.

9. REFERENCIAS

- Alegre, C., García, J., Flórez, M., Gómez, J., Blanco, E. Gobbo, M., Pérez, A., Martínez, A., Vidal, J., Altarriba, E. y Gómez, A. (2010). Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2), 108-120.
- Ausloos, G. (1998). *Las capacidades de la familia. Tiempo caos y proceso*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M. y Rodríguez Morejón, A. (1994). Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas. *Actas de las XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar*. Vitoria.
- Bornhauser, N., Csef, H. (2005). Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicósomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(1), 41-50.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G.M. (1983). *Lealtades Invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowly, J. (1986). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata
- Caillé, Ph. (1992). *Uno más uno son tres: la pareja revelada a sí misma*. Barcelona: Paidós
- Campo, C. (2015). La terapia de pareja en la práctica clínica: un modelo de diagnóstico e intervención. *Mosaico*, 61, 30-59.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1991). *La caja de Pandora: Manual de psiquiatría y psicopatología*. Barcelona: Paidós.
- Cardozo, A.M. (2015). Apego inseguro o movimiento de amor interrumpido. Entre lo relacional y lo fenomenológico. *Mosaico*, 65, 14-22.
- Ceberio, M. y Linares, J. L., (2005). *Ser y hacer en Terapia Sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona, Paidós.
- Cocola, F. (2017). Integrando la teoría del apego al modelo sistémico, cibernético y constructivista. *Redes*, 35, 11-20.
- D'Ascenzo, I. (2014). Terapia individual sistémica con jóvenes adultos en etapa de desvinculación. *Redes*, 30, 39-56.
- Diéguez, M. (2009). Enfermedad, identidad y fibromialgia. Deconstruir el rol del enfermo: puerta de entrada a la subjetividad. *Átopos*, 8. Recuperado de: <http://www.atopos.es/index.php/component/content/article/2-revista/11-atopos-n-8>

Filgueira, M. (2006). "Me lo dice el cuerpo": expresión somática y trabajo corporal en psicoterapia. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Marisol_Filgueira/publication/267429231_QUOTME_LO_DICE_EL_CUERPO_EXPRESION_SOMATICA_Y_TRABAJO_CORPORAL_EN_PSICOTERAPIA/links/57ab252408ae3765c3b71836/QUOTME-LO-DICE-EL-CUERPO-EXPRESION-SOMATICA-Y-TRABAJO-CORPORAL-EN-PSICOTERAPIA.pdf

Galfré, Oscar; Barinboim, Beatriz (2001). Salud y familia: la relación entre enfermedad y dinámica familiar. Aportes para el desarrollo del tema. *Documento de Trabajo N° 78*, Universidad de Belgrano. Recuperado de:

http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/78_galfre.pdf

Gallastegui, F. (2017). *Remonta tu vuelo. Más allá de la fibromialgia hacia una nueva vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Garcíandía, J.A. y Samper, J. (2016). El síntoma, una síntesis de lo transgeneracional, la cultura y los vínculos. *Redes*, 34, 23-34.

García-Bardón, F., Castel-Bernal, B. y Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2(1), 38-43.

Giovanazzi, S., Barraza, R. y Díaz, L. (2017). Estudio correlacional sobre funcionamiento familiar y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad Chilena. *Redes*, 35, 53-68.

Gómez Holgado, F. (2012). Guía de tratamiento psicoterapéutico sistémico en trastornos psicósomáticos en niños, adolescentes y familias. *Cuadernos de Salud Mental del 12 N° 6*. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid). Recuperado de:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dcuadernosm6.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352810783925&ssbinary=true>

González, E., Elorza, J. y Failde, I. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 295-300.

Greenberg, L. S., Elliott, R., & Pos, A. (2009). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Boletín Científico*, 142.

Greenberg, L.S. y Paivio. C (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Kornblit, A. (1996). *Somática familiar: Enfermedad orgánica y familia*. Barcelona: Gedisa.

Laso, E. (2014). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández (Coords.), *Pensamiento Sistémico: nuevas perspectivas y contextos de aplicación (pp.97-128)*. Guadalajara, Mexico: Litteris.

Lebrero, A. y Moreno, A. (2014). Terapia intergeneracional. En A. Moreno (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. (pp. 297-335). Bilbao: Desclée.

- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- López Barberá, E. (2015). Técnicas activas, más allá de la palabra, más allá de la actuación. *Mosaico*, 60, 40-53.
- Loriedo, C., Angiolari, C. y de Francisci, A. (1989). La Terapia Individual Sistémica. *Revista de Terapia Familiar*, 31, 27-40.
- Lledó, A., Pastor, M^a A. y López-Roíg, S. (2012). Intervención psicológica en la fibromialgia. *Formación continuada a distancia del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchi, S. y Fishman, H. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona, Paidós.
- Minuchin, S., Nichois, M., y Lee, W. Y. (2011). *Evaluación de familias y parejas: Del síntoma al sistema*. México Paidós.
- Moratalla, T. (2009). *La relación de pareja en la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*. Recuperado de: http://afigranca.org/docs/FM_SFC_pareja.pdf
- Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Bilbao. Descleé de Brouwer.
- Moreno, A. (2011). "Quiero Recuperar el Control". Un Caso de Terapia Individual desde el Enfoque Sistémico. *Clínica Contemporánea* 2(1), 25-37. Recuperado de: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/articulo.php?articulo=20110330180921250000>
- Navarro Góngora, J. (2004). *Enfermedad y familia: manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- Onnis, L. (1997). *La palabra del cuerpo. Psicósomática y perspectiva sistémica*. Barcelona: Herder.
- Onnis, L. y Ceberio, M. (2007). Cuando el cuerpo habla. La Perspectiva Sistémica en psicósomática. *Perspectivas sistémicas*. Recuperado de: <http://www.redsistemica.com.ar/onnisi.htm>
- Pascual, P., y Cerecedo, M.J. (2015). Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. *AMF*, 11(5), 281-286. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recuperado de: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1433.
- Peñacoba, C. (2009). *Intervención psicológica en personas con fibromialgia*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2436
- Pereira, R. (2010). Trabajando con los recursos de la familia. Factores de resiliencia familiar. *Sistemas Familiares*, 26 (1), 93-115. Recuperado de: <http://redrelates-boletin.org/resiliencia-familiar/>

Pérez de Lazarraga, I.; Aguirre, J.M. y Fernández de Corres, B. (1995): Técnicas activas, ¿técnicas activo-afectivas? *Actas XIII Jornadas Nacionales de T. F.*, 1992, p.p.: 190-205, FEATF, Madrid.

Pérez, L., Oropeza, R., López, J. y De la Roca, JM. (2018). Estudio de caso: genograma familiar, diagnóstico para la intervención sistémica familiar en la enfermedad crónica. *Alternativas en psicología*, 39, 8-21.

Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F y Gonzalvo J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16 (3), 415-420.

Población, P. y López Barberá, E. (1991). La escultura en Terapia Familiar. *Vínculos*, 3, 79-98.

Rabar, S. (2016). Apego en las nuevas familias. *Mosaico*, 65, 70-80.

Rivero-Lazcano, N., Martínez- Pampliega, A. Iraurgi, I. (2011). El papel del funcionamiento familiar y la comunicación familiar en los síntomas psicósomáticos. *Revista Clínica y Salud*, 22(2), 175-186.

Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B. y Buriel, Y. (2009). Tratamientos no farmacológicos en fibromialgia: una revisión actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14 (3), 137-151.

Rolland, JS. (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa

Roselló, LI. (2017). ¿Qué hay de nuevo en la fibromialgia? En P. Montesó-Curto y LI. Roselló (Coords.), *Compartir experiencias, combatir el dolor. Una visión de la fibromialgia desde el ámbito bio-psico-social* (pp. 13-20). Tarragona: Publicacions URV.

Sánchez, E., Pineda, C., Díaz, E., Guillén, F., Moreno, N., Montoro, E. y Labajos, M^ªT. (2001). Relevancia del abordaje biopsicosocial en el diagnóstico y tratamiento de los desórdenes psicósomáticos. *Psiquis*, 22(3), 137-142.

Sánchez, M.A. y Armijo, B. (2015). La intervención/terapia de pareja como respuesta a las demandas individuales. *Mosaico*, 61, 87-99.

Soto Martínez, R. (2000). Apuntes para el tratamiento de la enfermedad psicósomática desde la terapia familiar sistémica. *Revista electrónica iberoamericana de psicología social: REIPS*, 1(1), 3. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1088498>

Ubago, M., Ruiz, I., Bermejo, M., Olry, A. y Plazaola, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 6(79), 683-695.

Valdés Cuervo, A.A. (2007). *Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar*. México: El Manual Moderno.

Vetere, A. y Dallos, R. (2008). Systemic therapy and attachment narratives. *Journal of Family Therapy*, 30, 374-385.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Gedisa.