

CAMINO HACIA EL CORAJE: TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES EN UN CASO DE DEPRESIÓN MAYOR, FIBROMIALGIA Y OTRAS COMORBILIDADES*

Guillem Feixas, Silvia Hermosilla,
Victoria Compañ y Gloria Dada**

Resumen

Se presenta el caso de Sara, una mujer con fibromialgia, depresión, y otras comorbilidades. A nivel psicológico, una de sus mayores dificultades estriba en poner límites a los demás. Ello perjudica la relación que mantiene tanto con sus seres queridos como con ella misma. Analizando sus constructos personales con la técnica de rejilla y la autocaracterización se observa que vive como incompatibles la satisfacción de sus necesidades y el acceder a las demandas de los demás. Termina por ceder con el fin de preservar para sí misma una imagen de buena persona que resulta central en su sentido de identidad y nuclear en su sistema de constructos. La terapia de constructos personales realizada en un formato breve aborda este dilema y se producen algunos cambios significativos que perduran al seguimiento.

Palabras clave: terapia de constructos personales, fibromialgia, depresión, comorbilidad múltiple, conflictos cognitivos, técnica de rejilla.

Key words: personal construct therapy, fibromyalgia, depression, multiple comorbidities, cognitive conflicts.

Los estudios de caso único han sido fundamentales en el desarrollo de la psicoterapia como disciplina, tanto a nivel profesional como científico (Roussos, 2007). Al ilustrar, detallar y poner a prueba un procedimiento terapéutico determinado en un caso concreto, el cual además puede tener características clínicas particulares o atípicas, permiten vincular la práctica clínica con la investigación. Aun así, no parece que estos estudios se promuevan de forma suficiente y, en consecuencia, no suelen ser muy frecuentes entre las publicaciones de psicología clínica y psicoterapia.

En este artículo presentamos un estudio controlado (observacional) de caso único que ilustra un abordaje psicoterapéutico poco conocido, la terapia de constructos personales, pero que cuenta ya con una larga trayectoria (p. ej., Feixas y Villegas, 2000; Kelly, 1955; Winter y Viney, 2005) y con notables evidencias a favor de su eficacia terapéutica (Holland, Neimeyer, Currier y Berman, 2007; Metcalfe, Winter y Viney, 2007; Winter,

2007). Sin embargo, los estudios controlados de eficacia requieren establecer criterios bien definidos de inclusión de los pacientes para incrementar su validez interna, pero luego esta pureza metodológica no siempre es trasladable a los contextos naturales de aplicación de la psicoterapia. De esta forma, los estudios de caso único pueden abordar de forma sistemática problemáticas que por su complejidad clínica son más difíciles de estudiar con los diseños habituales de comparación entre grupos. Una de estas condiciones clínicas es la comorbilidad múltiple, en la que el paciente sufre múltiples dolencias por lo que, por ejemplo, aliviar su dolor y malestar resulta particularmente difícil.

Para este artículo hemos seleccionado el caso de Sara, una mujer con el diagnóstico de depresión mayor, fibromialgia, artrosis, osteoporosis, con molestias estomacales diversas, y síntomas de ansiedad. Forma parte de un grupo de pacientes que han sido derivadas por sus médicos de familia a un centro de salud mental. Puesto que cuenta con un diagnóstico de fibromialgia, participa en un estudio que estamos realizando sobre la terapia de constructos personales aplicada a estos pacientes, que suelen tener además comorbilidad psicológica.

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por la presencia de dolor musculoesquelético crónico generalizado. Además del dolor aparecen asociados otros sín-

** Guillem Feixas, Silvia Hermosilla, Victoria Compañ y Gloria Dada
Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia, Departament de
Personalitat, Avaluació Tractament Psicològics, P² Vall Hebron, 171
08035 Barcelona, España
E-Mail: gfeixas@ub.edu
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XVIII p.p. 241-251
© 2009 Fundación AIGLÉ.

* Este trabajo ha sido realizado en el contexto del master en terapia cognitivo social (www.ub.edu/tpia_cognitivossocial) y ha recibido el apoyo del proyecto de investigación sobre "Conflictos cognitivos en la depresión unipolar" financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación español (ref. PSI2008-00406/PSIC)

tomas como fatiga, alteraciones del sueño, parestesias en las extremidades, sensación de tumefacción en las manos o rigidez matutina. La mayoría de los pacientes describe su dolor como continuo.

Hasta el momento, no existe ninguna terapia que cure la fibromialgia, por lo que los tratamientos existentes se centran exclusivamente en la disminución de síntomas como el dolor, problemas de sueño, y el malestar emocional derivado. Con respecto a la psicopatología, el estudio EPIDOR (2003) realizado en España señala que la prevalencia de depresión es mayor en el grupo de pacientes con fibromialgia que en el resto de pacientes. Pero si los resultados terapéuticos con estos pacientes no son muy alentadores en general, mucho menos si tienen comorbilidades múltiples tanto a nivel psicológico como de enfermedades que también cursan con dolor crónico (p. ej., la artrosis).

La psicoterapia realizada con Sara se inspira en la Psicología de los Constructos Personales (PCP) de Kelly (1955; 2001), una teoría constructivista que entiende la actividad humana como un proceso de creación de significados (Feixas y Villegas, 2000). La PCP parte de la metáfora propuesta por Kelly del ser humano como científico, es decir, considera que el ser humano interpreta continuamente los acontecimientos a partir de su sistema cognitivo (teorías informales acerca del mundo, las personas, la salud, etc.), revisándolo como haría un científico con sus hipótesis. El sistema cognitivo está formado por constructos personales bipolares, entendidos como distinciones que realiza la persona a partir de la percepción de similitudes y diferencias en su experiencia (por ej, "con dolor"- "sin dolor"; "generoso" – "egoísta"). Estos constructos se organizan en una red de significados interdependiente, compleja y jerárquica, de forma que constructos de un nivel jerárquico inferior pueden estar directamente relacionados con otros constructos más nucleares o supraordenados, que conformarían la identidad de la persona. Un cambio en estos constructos supraordenados podría producir una "resistencia" por parte de la persona, ya que implicaría un cambio global del sistema y una posible amenaza a su sentido de identidad personal.

El principal instrumento de evaluación utilizado por la PCP para estudiar el sistema de constructos personales es la Técnica de la Rejilla (TR). Mediante la TR es posible acceder a los significados idiosincrásicos de la persona, pero también es posible obtener una serie de índices generales e identificar conflictos cognitivos, entendidos como configuraciones particulares de constructos que conducen a acciones o disposiciones contradictorias (Feixas y Saúl, 2004). Todo ello es útil no sólo para la investigación acerca del papel de estos conflictos en la salud y en el proceso terapéutico, como se estudia en el contexto del Proyecto Multicéntrico Dilema (www.usal.es/tcp), sino también para la formulación de hipótesis clínicas para la terapia.

Dentro de la PCP; se han descrito tres tipos de conflicto cognitivo en base a los datos de la TR: constructo dilemático (es decir, aquél constructo que no ofrece a la persona un curso claro de acción), dilema implicativo

(estructura cognitiva en la que el síntoma, o un polo no deseable del constructo, se asocia a aspectos positivos para la persona) y conflicto triádico (tríada desequilibrada o contradictoria de constructos). Pero sólo los dilemas implicativos se han mostrado útiles a la hora de discriminar muestras clínicas de controles no clínicos (véase Feixas, Saúl y Ávila, 2009). En efecto, en este estudio aparecen dilemas en aproximadamente la mitad de los pacientes que consultan por psicoterapia y sólo en un tercio de los controles.

En pacientes con fibromialgia, el único estudio realizado con la TR (Compañ, Feixas, Varlotta, Torres, Aguilar y Dada, 2009) arroja resultados sorprendentes: más de dos tercios de las pacientes presentan uno o más dilemas implicativos. En este artículo se describe como se evalúan estos dilemas, se exponen los dilemas de Sara en el contexto de su problemática particular, y se describen las intervenciones realizadas al respecto.

Sara y su contexto

Sara es una mujer de 65 años, casada y con cuatro hijos, procedente del norte de España. Su nivel sociocultural es bajo y su nivel de estudios es mínimo debido a que sus padres se dedicaban a la agricultura y ella tenía que ayudarles. Al emigrar todos a Barcelona, cuando tenía 15 años, sus padres abrieron un bar y ella tuvo que trabajar a jornada completa sin recibir ninguna retribución económica por ello. Después, trabajó limpiando despachos todos los días de la semana y en una inmobiliaria vendiendo pisos los fines de semana, aunque en los últimos años trabajaba menos días debido a los dolores y agotamiento físicos producidos por la fibromialgia. Al iniciar la terapia ya está jubilada.

En el momento de iniciar la terapia, el marido tiene 73 años, es de Barcelona y también está jubilado. Cuando estaba en actividad, cambiaba continuamente de trabajo, siendo el último de comercial en la misma inmobiliaria que la paciente. Sus hijos, todos varones, tienen 42, 37, 34 y 29 años. El mayor vive en Sudamérica, y se casó allí; el de 37 tiene pareja y conviven juntos; el de 34 años tiene pareja y una hija de tres años, y el menor tiene pareja y también conviven. Los padres de Sara están muertos y de sus cuatro hermanos sólo vive en Barcelona la hermana mayor, que es con la que mantiene más relación.

Sara es derivada por la psiquiatra de un Centro de Salud Mental de la red sanitaria pública que colabora con el estudio sobre fibromialgia que estamos realizando en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Barcelona. Acudió al centro por sus síntomas depresivos, que se habían agravado con el tiempo, especialmente desde que su marido se había jubilado.

En la sesión inicial, relata un descontento y decepción general con su vida y, en especial, con su marido e hijos. Muestra un resentimiento muy fuerte hacia su esposo de quien relata episodios de violencia psicológica, sexual y algún que otro zarandeo y empujón. Dice vivir con

miedo a las reacciones y celos de él, acentuados desde su jubilación.

De sus hijos se queja por no cumplir las expectativas que ella tenía sobre su futuro profesional y porque no le proporcionan las atenciones y satisfacciones que ella cree merecer.

Su demanda en términos generales es estar más tranquila, lo que se concreta en no estar tanto por los demás, cuidarse más, y aprender a decir que no. Conforme va evolucionando la terapia, pasan a ser los focos centrales de su demanda y del trabajo terapéutico la necesidad de poner límites a las demandas de los demás sin sentirse egoísta y la lucha para vencer sus miedos hacia el marido y hacia el propio proceso de cambio.

Historia de vida y del problema

Sara identifica claramente el comienzo de la fibromialgia cuando tenía 50 años, coincidiendo con el inicio de su menopausia y con la marcha de sus hijos. Relata mucha tristeza y sensación de vacío, que en términos de ciclo vital podemos relacionar con el síndrome del nido vacío. Para poder entender mejor esta cuestión, nos hemos de remontar al momento en que conoce a su marido.

Sara trabajaba en el bar que habían abierto sus padres en Barcelona, cerca de una zona industrial donde acudían los obreros a almorzar. Por aquel entonces relata vivir atemorizada por su padre a quien describe como un hombre agresivo, autoritario y déspota tanto con ella como con su madre. A la madre la describe como una mujer sumisa y víctima impotente de los continuos abusos de su padre.

El trabajo en el bar era duro y estresante, sobretudo en las horas punta, especialmente porque a parte de servir y limpiar, era la encargada de vigilar que nadie se fuera sin pagar. Si en alguna ocasión esto ocurría, su padre descargaba toda su ira contra ella tanto verbalmente como físicamente. En su casa importaba mucho el dinero. Sara se sentía continuamente invalidada por su padre, sentía que nunca hacía nada bien. Ese sentimiento le acompañó a lo largo de toda su vida.

Conoció a su marido en el bar, comía siempre allí. A ella lo que le gustó de él era que siempre iba muy bien vestido, limpio, y le causó buena impresión. Al parecer todo fue muy rápido, empezaron a verse y cuando se enteró su padre le dijo que o se casaba en un año o no le dejaba verle más. A su padre nunca le gustó su marido, decía que no era un buen hombre y que no le convenía. Sara, en un deseo desesperado de salir de la situación en que estaba y como un acto de rebeldía hacia la autoridad de su padre, decidió seguir con él y en cosa de un año, a penas sin conocerlo, se vio casada y viviendo en un piso que les dejó un tío del marido.

No tardó mucho tiempo en darse cuenta del error que había cometido. Su marido distaba mucho de aquel hombre cariñoso y atento que ella había idealizado. Resultó ser una réplica de todos los aspectos que más odiaba de

su padre. En un intento de rectificar, corrió a hablar con sus padres pidiéndoles ayuda y dándole la razón a su padre. Éste la recriminó por no haberle hecho caso en un primer momento y le dijo que ahora tenía que apechugar con su situación ella solita. Desolada y desesperanzada, Sara se resignó y volvió a casa a asumir el destino que se había forjado como irrevocable.

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

Este frenesí de obligaciones y tareas le dejaban poco tiempo para pararse a pensar o sentir en qué se estaba convirtiendo su vida. Ya le iba bien. Pero su cuerpo empezaba a resentirse. Relata que, ya por aquel entonces, los dolores empezaban a hacerse presentes de forma puntual y localizada en partes del cuerpo como la espalda y cuello. También iba notando un cansancio y fatiga que parecían fuera de lo normal.

La cosa se mantuvo así hasta que Sara cumplió los 50 años y coincidió la menopausia con que los hijos empezaron a irse de casa, según ella, de cualquier manera. Allí fue cuando Sara empezó a sentir el vacío, la tristeza y el dolor. Allí fue cuando la fibromialgia hizo su aparición con toda su intensidad junto con unos sentimientos de decepción hacia sus hijos por no ser como ella esperaba. Sentía también culpabilidad por saber que su mala relación con el marido y el comportamiento de éste con ellos habían influido mucho en su marcha precipitada.

Sara se fue refugiando en un rol de víctima del destino y adoptó la queja como válvula de escape. Así fue sobreviviendo al encontrarse sin sus hijos. Compartía penas con su hermana mayor que vivía en Barcelona, y que también estaba en una relación de pareja insatisfactoria y se resignaba a mantenerse en ella al no ver otra alternativa. Se decían que habían salido a su madre, sumisas y débiles, y que no había nada que hacer. Poco a poco Sara se iba construyendo como una persona cobarde, negativa y con pocas posibilidades y recursos para afrontar las situaciones de su vida. Desarrolló así un estilo atribucional externo y una indefensión aprendida con la base de una autoestima y autoimagen muy negativas, que la llevaron a la depresión profunda con la que llegó a terapia.

El hecho que hizo que Sara tocara fondo fue la jubilación de su marido. Hasta entonces, su marido trabajaba y prácticamente estaba fuera de casa toda la semana. Además, uno de sus hijos y su pareja tuvieron una hija, haciéndola así abuela, y devolviéndole un poco la ilusión y ganas de vivir. Sara había tenido que dejar de trabajar debido a los dolores y agotamiento provocados por la

* "Relucientes", "de punta en blanco"

fibromialgia y contaba con tiempo y libertad hasta que su marido se jubiló. En ese momento se reencontró con la persona con la que se había casado y su libertad se vio cortada de golpe. Relata que el marido desarrolló unos celos patológicos controlándola continuamente y no dejándola salir sola a ninguna parte. Se empezó a obsesionar con el sexo, exigiéndolo como un derecho y demandándolo continuamente a pesar de las negativas y resistencias de su mujer. La chantajeaba cuando venían los hijos con portarse mal con ellos para que no volvieran si Sara no le proporcionaba lo que quería y cuando él quería. Sara, movida tanto por el miedo a una reacción agresiva del marido como a la pérdida de lo único que le proporcionaba algo de satisfacción (ver a sus hijos), accedía a todo sin rechistar. Esto provocó que tanto la situación con su marido como la autoimagen de Sara no hicieran más que empeorar. En este momento es cuando aparecieron los síntomas de ansiedad y depresión con los que llega a terapia.

Evaluación inicial

En el estudio sobre fibromialgia en el que se inscribe este caso, la evaluación la llevan a cabo tanto al inicio como al final de la psicoterapia evaluadores entrenados distintos de la terapeuta. Los instrumentos de evaluación que se le administraron y las puntuaciones obtenidas se muestran en la Tabla 1. Sin embargo, el resultado que quizás resulte más significativo no se encuentra en la tabla por no tratarse de una puntuación. Nos referimos al diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante grave sin síntomas psicóticos, obtenido mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje-I del DSM-IV (SCID-I). A nivel de las enfermedades físicas

la paciente sufre de artrosis, osteoporosis y molestias estomacales diversas.

La puntuación inicial en el cuestionario del Impacto de la Fibromialgia (FIQ; adaptación española de Rivera y González, 2004) nos indica un deterioro importante de su calidad de vida relacionado con el dolor físico. La intensidad de este dolor, evaluada con la Escala Visual Analógica (EVA) indica un grado de dolor notable. El nivel de depresión es muy alto tanto por sus respuestas al Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; adaptación española de Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003) como por lo que refleja la puntuación en la escala Ansiedad-Depresión Hospitalaria (HADS; adaptación española de Caro e Ibañez, 1992). La ansiedad es también elevada en este cuestionario, aunque en el SCID-I no llegó a cumplir criterios para ningún trastorno de ansiedad.

En cuanto al análisis de su sistema de constructos, se realizó mediante la aplicación de la Técnica de Rejilla (TR; Kelly, 1955; Feixas y Cornejo, 1996; Feixas y Saúl, 2004) y la autocaracterización (ver más adelante). La TR se basa en una entrevista estructurada que empieza con pedirle al sujeto que nombre una serie de personas significativas en su vida (de acuerdo con una lista de roles), que el caso de Sara (véanse las columnas en la figura 1) fueron sus padres, hijos, marido, y dos tías. A ellos se añade el "yo actual", el "yo antes del problema, una persona no grata, y el "yo ideal" (como le gustaría ser). Seguidamente se le invitó a identificar similitudes y diferencias entre estos 12 elementos tomándolos por pares (una selección intencional de todos los posibles) de forma sistemática para elicitar los constructos (las filas en la figura 1). Se empezó preguntado por la similitud entre el "yo actual" y el "padre" a lo que respondió "trabajador". Para obtener el polo opuesto de este constructo simplemente se le preguntó cómo definiría ella en sus

Tabla 1. Resultados de los instrumentos de evaluación administrados al inicio y al terminar la psicoterapia.

	PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
FIQ (Cuestionario de impacto de la fibromialgia en la calidad de vida)	85	65.19
EVA (1-100) (escala visual analógica)	60	90 y 50*
BDI-II (Inventario para la depresión de Beck)	53	16
HADS (escala hospitalaria de ansiedad y depresión)	Depresión 17 Ansiedad 16	Depresión 8 Ansiedad 11
TÉCNICA DE REJILLA		
Correlación YO-IDEAL	0.14	0.50
Correlación YO-OTROS	0.10	0.18
Correlación IDEAL-OTROS	0.29	0.37
Nº Dilemas Implicativos	54	42

* Evaluada al seguimiento, un año después de haber terminado la terapia.

propias palabras el opuesto de ser “trabajador”, a lo que Sara respondió “vago”. Para cada pareja se pregunta además por más similitudes y luego por diferencias antes de pasar a la siguiente. Y así se van obteniendo constructos (sin anotar los repetidos) hasta llegar a un punto de saturación (después de haber incluido cada uno de los elementos en las díadas al menos una vez) en el que no surgen ya más constructos, lo que en caso de Sara ocurrió después de elicitar 21 constructos. La administración de la rejilla termina con la puntuación por parte de la entrevistada de todos los elementos en cada uno de los constructos utilizando una escala de Likert de 7 puntos. Tomando como ejemplo el constructo citado, 1 significa “muy trabajador”, 2 “bastante trabajador”, 3 “un poco trabajador”, 4 “punto medio”, 5 “un poco vago”, 6 “bastante vago” y 7 “muy vago”. El resultado de este proceso es una matriz de datos (véase la de Sara en la figura 1) que puede ser objeto a distintos análisis tanto cualitativos como cuantitativos y servir para la formulación de hipótesis clínicas (Feixas, De la Fuente y Soldevilla, 2003). Asimismo, se pueden derivar una serie de índices de medida cognitivos que además de tener su interés para la conceptualización de cada caso concreto se puede emplear en estudios empíricos con grupos de sujetos (véase Feixas y Saúl, 2004).

Centrándonos en la construcción del sí mismo y los otros (aspecto que ha sido estudiado empíricamente para la depresión en Feixas, Erazo, Harter y Bach, 2008), observamos lo siguiente en la rejilla de Sara:

- Una discrepancia muy notable entre el “yo” y el “yo ideal”, como indica la baja correlación entre ambos elementos, lo cual se interpreta como una baja autoestima.
- Una discrepancia muy notable entre el “yo” y los otros elementos de la TR, lo que indica un sentimiento de aislamiento social autopercebido, es decir, se ve muy distinta de los demás.
- Una correlación positiva y moderada entre los otros y el “yo ideal”, que nos refleja una visión ni particularmente positiva ni negativa de los demás. Está claro que la globalidad de este resultado puede enmascarar tanto elementos concretos que sean vistos muy distintos del “yo ideal” como otros que sean vistos como muy próximos, diferencias que queden diluidas en el valor promedio.

Con respecto al estudio de los conflictos cognitivos (véase Feixas y Saúl, 2004, Feixas, Saúl y Ávila, 2009) encontramos un número extraordinariamente elevado de dilemas implicativos. Agrupando algunos de ellos,

Figura 1. La rejilla de Sara (evaluación inicial)

		Yo actual	Padre	Madre hermn	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Marido	Tía María	Tía Juana	Non Grata	Yo antes	Yo ideal
1	Trabajador	1	1	1	1	1	1	7	1	1	6	1	1
2	Ahorrativo	2	1	1	5	5	3	7	1	1	2	1	1
3	Severo	3	1	3	6	5	1	2	7	7	1	7	5
4	Expresivo	4	2	7	3	1	1	1	2	2	5	5	2
5	Dominante	5	1	3	5	2	2	1	6	6	1	6	3
6	Prudente	6	6	1	6	6	6	7	1	1	7	1	6
7	Egoísta	7	5	2	5	3	3	1	5	5	1	7	3
8	Responsable	8	1	1	6	6	2	7	2	2	6	1	2
9	Pesimista	9	7	2	2	6	6	6	2	5	7	2	5
10	Sufridor	10	1	1	2	2	2	7	2	2	7	2	3
11	Con dolor	11	6	2	7	1	3	7	1	2	7	3	7
12	Sencilla	12	7	1	6	6	7	6	2	2	6	2	5
13	Dinero	13	6	6	6	2	4	6	4	6	2	6	6
14	Educado	14	1	1	1	6	1	7	1	1	6	1	1
15	Buena persona	15	2	2	2	6	2	7	2	2	7	2	1
16	Activo	16	1	1	1	2	2	6	1	1	6	1	1
17	Puntual	17	1	1	6	1	1	7	2	2	7	1	1
18	Protestón	18	7	2	6	2	6	1	6	6	2	7	7
19	Cobarde	19	2	6	1	2	6	7	2	2	7	2	5
20	Mentirosa	20	5	3	5	2	5	3	1	3	1	5	7
21	Tramposa	21	7	3	7	1	1	3	1	5	1	7	7

1 MUY	4 PUNTO MEDIO	5 UN POCO
2 BASTANTE		6 BASTANTE
3 UN POCO		7 MUY

los que estaban más relacionados entre sí, pudimos extraer el macrodilema expresado en la figura 2. Según éste, a Sara le gustaría ser “egoísta”, “expresiva” y no tener dolor. Sin embargo, estos aspectos correlacionan con “mala persona”. Al mismo tiempo, las “buenas personas” no son egoístas, son “expresivas” pero tienen dolor. Esta particular asociación indica que en el sistema de construcción de Sara, realizar un cambio en la dirección deseada (ser egoísta, expresiva y dejar de tener dolor) supondría también convertirse en una mala persona, lo cual resultaría en una invalidación de dicho constructo nuclear, es decir, discordante con su sentido de identidad.

Según esta estructuración dilemática existe una constelación de constructos en el sistema de Sara según el cual hay dos tipos de personas: los “buenos” y no egoístas pero que no expresan y sufren dolor, y los “malos” y egoístas, pero que expresan y no tienen dolor. Ejemplos prototípicos del primer tipo serían ella y su hermana, y del segundo tipo su padre y su marido. Atendiendo a su historia personal, se puede entender como las experiencias vividas podrían haber ayudado a configurar una estructura de significado de este tipo. Lo que ocurre es que con ella es difícil conseguir cambios, por lo que resulta indicado que la terapia se centre en abordar este macrodilema. De hecho, éste constituye un elemento fundamental en la formulación de este caso.

Como una forma de complementar este estudio acerca de sus constructos personales, se le pidió a Sara que redactara una autocaracterización (técnica propuesta por Kelly, 1955; véase también Feixas y Villegas, 2000), como tarea para casa (tabla 2).

Sin detenernos en el detalle del análisis de la autocaracterización, vemos como se confirma la importancia en su narración de una visión de sí misma como “buena” y “no egoísta”, aunque añade toda una serie de matices que podrán ser material de trabajo para la psicoterapia.

El proceso de psicoterapia

El formato de terapia de constructos personales aplicado en este proyecto es breve (16 sesiones semanales de aproximadamente una hora de duración). En la primera sesión de la psicoterapia, Sara relata los síntomas que ya se habían registrado en la evaluación: dolor físico (distribuido por todo el cuerpo), falta de energía, anhedonia, tristeza alternada con rabia, insomnio, episodios de ansiedad con sensación de claustrofobia, falta de ilusión por la vida e incapacidad para encontrarle un sentido.

Para relatar el proceso terapéutico de Sara que se inicia con estas quejas, lo dividimos en las siguientes fases atendiendo a las emociones, sentimientos y actitudes predominantes que ésta pone de manifiesto en el

Figura 2. Macrodelema resultante de agrupar los dilemas implicativos relacionados entre sí en la rejilla de Sara.



* Un aspecto a parte a comentar de este macrodilema se refiere al hecho de que ella se defina como “no egoísta” pero “desea” convertirse en “egoísta” (tal como lo indica la puntuación otorgada al “yo ideal”). Parece sorprendente que alguien que se define como buena persona manifieste, de una forma o de otra, que desea ser egoísta. En el equipo de trabajo lo interpretamos como una especie de resquemor por los costos y consecuencias negativas que le había traído el hecho de no ser egoísta a lo largo de su vida. También como un deseo de cambio en este aspecto. Pero, tal como se trabajó en la terapia, ser egoísta (como lo eran, según ella, su marido y su padre) no sería tampoco presumiblemente una buena solución para ella. Se precisaba encontrar una construcción alternativa.

Tabla 2. La autocaracterización de Sara

Sara es una persona trabajadora, responsable, limpia, ordenada y buena persona. Se preocupa mucho por los demás, sobre todo, por sus hijos y nietos. No sabe decir nunca que no.

Es muy nerviosa, aunque no lo parezca. Se altera mucho cuando le dan un disgusto, incluso se le paraliza el cuerpo y se siente muy mal. No le gustan los sitios en que hay mucha gente. Le gusta la paz y la tranquilidad. Le molesta la gente que fuma. Es un poco maniática y muy pesimista, todo lo ve negro.

No le gustan las injusticias. No le gusta la violencia. Es prudente y muy sensible. Es poco expresiva y muy sufrida.

Le gusta estar con personas que le den tranquilidad. No es rencorosa. Se enfada mucho cuando la acusan de algo que no hizo. No le gusta el mundo en que vive.

Es muy tímida. No es presumida. Es buena administradora. Tiene poco carácter. No tiene ilusión por nada. No es egoísta.

transcurso de la terapia. Cabe decir, sin embargo, que estas fases son características de su propio proceso de cambio y no constituyen un modelo de terapia ni de cambio dentro de la terapia de constructos personales.

Fase de resignación

Cuando Sara llega a terapia viene inundada por una sensación de hundimiento profundo, se ve sumida en un pozo sin fondo. Es incapaz de encontrar sentido a su vida y no tiene ningún tipo de ilusión que la ayude a salir adelante. Tiene una visión catastrófica de su pasado, del presente y del futuro. Los síntomas que predominan son los depresivos.

La paciente es incapaz de ver salida a la situación en la que está, y encuentra en la queja una válvula de escape que le permite expresar su desdicha. Sin embargo, es esta misma conducta de queja la que la mantiene en una posición de víctima que imposibilita vislumbrar y movilizar cualquier tipo de recurso. Este rol pasivo, que justifica achacándolo todo a la mala suerte y a los genes heredados de su madre (atribución externa), desemboca en un sentimiento de impotencia e incapacidad, que se alternan con momentos en los que siente rabia y se quiere rebelar. Aquí aparecen síntomas de ansiedad. La propia identidad construida como cobarde le sirve de refugio y excusa para apaciguar la ansiedad y quedarse en la impotencia.

El trabajo terapéutico, en ese momento, se orientó a crear y consolidar la alianza terapéutica. Se acogieron sus quejas mediante escucha empática y se le mostró, tanto de forma verbal como no verbal, aceptación y apoyo incondicional a su persona, así como la comprensión de la magnitud de la situación en la que relataba encontrarse.

Fase de rabia, culpa y miedo

Conforme avanza la terapia, se pone de manifiesto que Sara vive en una lucha constante por mantener su identidad de buena persona y hace conductas que cree

que se adecuan a ese ideal sin tener en cuenta si es eso realmente lo que quiere o necesita. Entra así en un dilema constante entre hacer lo que cree que es correcto o hacer lo que siente que desea o necesita. Esto le causa problemas en las relaciones que mantiene con los demás y con ella misma, ya que vive en un continuo mar de dudas y sentimiento de culpa que no le permiten disfrutar de nada de lo que hace.

De forma más concreta y volviendo a su demanda, Sara se siente incapaz de decir "no" o poner ningún tipo de límites a los demás. De la única forma que lo consigue es mediante el dolor incapacitante de la fibromialgia. Entonces se siente legitimada para pensar en lo que a ella le conviene y evita el sentimiento de culpa por no cumplir con su rol de buena persona con respecto a los demás.

Para Sara el ser buena persona entra en contradicción con pensar en ella misma, lo que ella vive como ser egoísta. Esto se refleja en los resultados obtenidos con la TR en el macrodilema expuesto anteriormente.

Sara explica episodios donde es incapaz de expresar lo que piensa o siente por miedo a que los demás la vean como mala o egoísta y, en última instancia, perder su afecto. Acaba aceptando las demandas de los demás sin rechistar y haciendo más cosas de las que le permite la fibromialgia, creyendo que así evita los conflictos y protege las relaciones. El resultado es un agotamiento tanto físico como mental, y una rabia hacia los demás por exigirle más de lo que ella puede dar, sabiendo además que parte de la responsabilidad la tiene ella por ser incapaz de poner límites.

En el caso del marido la cuestión es más delicada: la ha maltratado repetidamente con su agresividad verbal, humillaciones y descalificaciones, llegando a empujarla y zandearla y a someterla sexualmente a su antojo, en contra de su voluntad. El miedo a disgustarle y a su reacción si ella se opusiera, la ha paralizado a la hora de enfrentarlo.

Durante la terapia Sara menciona a menudo la posibilidad de separarse pero cuando se lo plantea seriamente

lo ve como imposible debido al miedo a que los hijos no la entendieran y a la reacción del marido.

El tema del miedo fue tomando el protagonismo conforme avanzaba la terapia. Un miedo que se materializaba en evitar acciones con personas concretas y que, en general, se refería al proceso de cambio en sí. Sara sabía lo que pasaría si seguía igual, sin escucharse a sí misma, sin expresar sus necesidades y sin poner límites a los demás. Pero temía lo que ocurriría si eso cambiaba. Explorando con cierto detalle cuáles eran sus anticipaciones al respecto podrían resumirse en "Si hago lo que yo quiero los otros se enfadan". De aquí se derivaba un miedo a perder la relación y a no ser querida, y la consecuente sumisión a los deseos de los demás. Al no atreverse ni tan siquiera una vez a poner a prueba esta "hipótesis personal" la anticipación no podría ni validarse ni invalidarse y eso explicaría la persistencia de su miedo, su bloqueo y la pasividad consiguiente con respecto a su situación vital.

De acuerdo con Neimeyer y Feixas (1989), este proceso describe un tipo de trastorno en el proceso de construcción caracterizado por un bloqueo del ciclo de experiencia (Feixas y Villegas, 2000; Kelly, 1955) en un estadio que es previo al de (in)validación, de forma que no se lleva a cabo la comprobación de las hipótesis. Ello representa una constricción propia del estado depresivo con la cual se elude cualquier invalidación pero al precio de estancar la evolución y desarrollo del sistema.

Al mismo tiempo, y también desde la PCP, se puede contemplar la actitud tomada por Sara como una elección (aunque no necesariamente consciente) ante el dilema con el que percibe su situación: actuar conforme a sus deseos (lo que implica, de acuerdo con su sistema de constructos, ser "egoísta" y "mala persona") o someterse a los de los demás (lo que implica para ella ser "buena persona"). Ante tal dilema, el sistema toma la alternativa con la que anticipa una mayor validación al nivel nuclear, es decir, la que le permite evitar la invalidación de los constructos más supraordenados del sistema. No es difícil suponer que para Sara ser una buena persona es una cuestión central en su sentido de identidad. Así pues, "elige" mantener conductas que los profesionales percibimos como disfuncionales porque de esta forma preserva su identidad como "buena" y la integridad anticipativa de su sistema de construcción.

Las intervenciones terapéuticas en esta fase se centraron en el trabajo con este dilema central en su vida, reflejado tanto en su narrativa durante la sesión, como en la TR, buscando que ella encontrara una forma de resolverlo (Feixas y Saúl, 2005), aunque no se siguió estrictamente el manual de intervención en dilemas implicativos (Fernandes, Senra y Feixas, 2008; Senra, Feixas y Fernandes, 2006). Así, se le presentó el macrodilema antes mencionado (véase figura 2) y se reformuló su problema en términos de este dilema central. Para ello fue útil analizar el macrodilema con relación a otros aspectos recogidos en la TR y con lo que contaba en terapia:

Se relacionó cada polo del dilema con los elementos de la rejilla que resultaban ser prototípicos del dilema. Por ejemplo, tanto Sara como su madre y hermana eran

buenas personas pero tenían dificultades en expresar sus necesidades y deseos. Por otro lado, su padre y su marido sí que los expresaban pero eran vistos como egoístas y malas personas.

Se señaló además como el hecho de tener o no dolor se relacionaba también con esta cuestión (p.ej., su padre y su marido no tenían dolor).

Se elaboró y analizó el dilema para aumentar su comprensión e identificar su influencia en situaciones concretas relatadas por Sara.

Se reformuló el polo del constructo discrepante "egoísta" por "autocuidado" para que pudiera verse coherente con el de "buena persona" y, en consecuencia, con "expresivo".

Al mismo tiempo que se trabajaba con sus dilemas, se prestó atención al tema del dolor, y a su relación con este macrodilema. Sara identificaba que las situaciones conflictivas en las que no conseguía expresar lo que sentía le aumentaban el dolor. Por otro lado, se descubrió que la única actividad gratificante que realizaba era cuidar a su nieta, la cual acababa por agotarla aun más.

La única manera que encontraba Sara de poner límites a los demás sin sentirse culpable era a través de su enfermedad. Podría hipotetizarse que la función del síntoma, el dolor, era legitimar sus negativas cuando le pedían cosas que no podía hacer. Aquí el trabajo se orientó en rescatar sus deseos y necesidades. La validación del terapeuta la ayudó a ser capaz de reconocerlos como legítimos. Consecuentemente, la terapeuta la iba animando, respetando su ritmo, a afrontar sus miedos y expresar lo que sentía y quería en situaciones de menor a mayor significación, según eran identificadas por Sara.

Otra intervención importante en esta fase fue señalarle que hasta el momento actual no había podido escoger muchas cosas en su vida debido a sus circunstancias, pero que ahora tenía una oportunidad magnífica para elegir cómo quería que fuese el resto de su vida. Ahora podía forjar el curso de sus acciones orientándolas hacia un rumbo propicio. De su elección dependería el resultado y su satisfacción vital.

Fase de esperanza

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

agotada y dolorida. Esta dedicación a la nieta acabó por dar a entender a su hijo que no tenía límites y que estaba siempre disponible, llegándose a situaciones en las que la llamaba sin apenas tiempo para llegar, con exigencias y sin consideración ninguna. Sara acababa sintiendo rabia pero era incapaz de expresarla por miedo a perder su único refugio.

La situación siguió igual hasta que ocurrió algo significativo. Su marido estaba visitando a un andrólogo por un problema de eyaculación precoz, tema que lo tenía muy preocupado. En el transcurso de esa terapia Sara fue llamada por el andrólogo de su marido para participar en un tratamiento psicológico y explicar su vivencia. Por primera vez, Sara pudo dar voz a sus quejas delante de su marido en un entorno “seguro”, a pesar de temer las represalias al llegar a casa. Viendo que la psicóloga a la que les había derivado el andrólogo la apoyaba y que las represalias eran soportables, Sara se fue sintiendo más fuerte y llegó a plantear a su marido la posibilidad de la separación si él no cambiaba. Ante este planteo que no dejaba muchas alternativas y el miedo a quedarse solo, el marido prometió cambiar dando la impresión de que entendía lo que su mujer le pedía y que aceptaba su parte de responsabilidad en el problema.

Cuando Sara explica esto en nuestra terapia, lo hace con una luz de esperanza en sus ojos. Tiene la ilusión de que su marido cambiará, y que así todos sus problemas se resolverán y podrá estar tranquila de una vez.

Fase de decepción

En este punto, la terapia se vio interrumpida por un periodo vacacional en el que la paciente se instaló con su marido en el apartamento que tenían en la playa, lejos de la ciudad, hijos y nieta. Fue allí, cuando se encontró con la cruda realidad.

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

Esta intensa reacción emocional se podría relacionar con la invalidación de sus anticipaciones (ciclo de experiencia). La intervención en ese momento estuvo orientada a dar significado a esa vivencia para sacar de la confusión inicial a la paciente y evitar que interpretara sus intensas emociones negativas como expresiones de su “enfermedad depresiva”, lo cual hubiera resultado, a su vez, una nueva invalidación, un círculo vicioso de autoinvalidación recursiva que hubiera empeorado tanto el estado emocional presente como el pronóstico de la paciente.

Estos síntomas ansiosos y depresivos los consigue sobrellevar a base de valerianas, paseos en la playa y, también, con una larga llamada telefónica a la terapeuta. La intervención en esa llamada fue clara y concisa, se le dijo que su marido no parecía estar dispuesto a cambiar,

y que ella tenía que decidir qué pensaba hacer, si aceptarlo y seguir con él o separarse.

Fase de aceptación

Al ver que su marido no iba a cambiar, Sara aceptó su situación y empezó una movilización desde dentro. Tomó las riendas de su vida y empezó a tomar decisiones desde lo que ella quería y necesitaba: vencer el miedo y enfrentarse a su marido. Se atrevió a enfrentarlo y le amenazó con separarse e irse de vuelta a su casa sin él si no la dejaba hacer lo que ella quería y cesaba de controlarla. Muy convincente debió de ser, ya que explica ver un asomo de temor en la cara de su marido.

A partir de ahí, Sara se ve confirmada en su decisión, empieza a salir sin darle explicaciones, a no volver para hacerle la comida, y a plantearse qué es lo que ella necesita y quiere para sentirse bien. Empieza una búsqueda activa de sentido a su vida en sintonía con sus propias necesidades y sensaciones.

Fase de consolidación y generalización

Cuando Sara volvió a terapia después de las vacaciones parecía otra persona. Llegó sonriente, vestida con colores vivos y andaba erguida y con paso seguro. Explica que tras el episodio de enfrentar a su marido, poco a poco había ido perdiendo el miedo tanto a éste como a poner límites y decir lo que sentía a sus hijos y otras personas, sin sentirse culpable, mostrando signos de autonomía. Se sentía más fuerte, segura y valiente a la vez que planeaba apuntarse a actividades que siempre había querido hacer, habiéndose ya apuntado a clases de inglés y de yoga. Dijo haber encontrado un nuevo sentido a su vida y no tener síntomas de ansiedad ni depresión.

Parece que al permitir poner a prueba su hipótesis (“Si hago lo que quiero los otros se enfadarán y los perderé”) pudo darse una revisión de su sistema de significados que supuso cambiar tanto su experiencia como la construcción de sí misma. Como consecuencia, el cambio se consolidó y generalizó a otros ámbitos de su vida.

Fase de finalización

Durante el cierre de la terapia se le leyó y entregó una carta hecha por la terapeuta, donde se hacía una reconstrucción de su historia de vida dando un sentido a los sufrimientos relatados por Sara. Se resumió el proceso de terapia apuntando sus logros y recursos como algo que se había evidenciado en la psicoterapia, pero que estaba en su mano el continuarlos y mantenerlos fuera de ésta.

Evaluación post-tratamiento

Al final de la terapia se pasaron los mismos instrumentos que al principio (véase tabla 1). Tanto el impacto como la percepción del dolor disminuyen levemente,

aunque ésta lo hace sólo al seguimiento. Sin embargo, aparecen cambios bastante notables en las escalas de síntomas psicológicos. La depresión disminuye tanto en el BDI (hasta situarse por debajo del umbral clínico) como en el HADS (menos de la mitad de la puntuación inicial). También en la ansiedad se observa una reducción. Sin embargo, probablemente el resultado más significativo es que al terminar la psicoterapia ya no cumplía criterios de depresión mayor (SCID-I).

En cuanto a las medidas de la TR, disminuye la discrepancia entre el “yo actual” y el “yo ideal”, lo que puede interpretarse como un aumento de la autoestima. Aumenta también, aunque de forma más ligera, las correlaciones entre los otros y el “yo actual” y el “yo ideal”. Finalmente, el número de dilemas ha disminuido. Es especialmente significativo que el constructo “egoísta” que era discrepante y formaba parte del macrodilema en la evaluación inicial (fig. 2) ya no lo sea y, por tanto, se resuelva parte del dilema inicial. Se podría relacionar este cambio con el trabajo específico realizado en la terapia con este constructo.

En la evaluación de seguimiento, al año de terminar la terapia, la paciente explica que estaba muy bien hasta que le diagnosticaron una posible rotura de la vena aorta en el estómago que podría haberle provocado la muerte, cosa que la perturbó notablemente. En el momento de dicha entrevista, afortunadamente, esta lesión parece estar controlada. Asimismo, manifiesta molestias estomacales y está pendiente de pruebas médicas. Se mantienen las dificultades para dormir y la necesidad de descansar a la mitad del día. Dice estar peor de la osteoporosis y de la artrosis, por lo que la ligera mejoría en el dolor resulta más significativa.

A nivel familiar, muestra una preocupación por sus hijos que no acaban de estabilizarse. El tema de su marido sigue sin solucionarse, a pesar de que casi no pasa tiempo con él y de que ya no le tiene miedo. A nivel personal, mantiene las actividades gratificantes que se iniciaron durante la terapia, inglés y yoga, a las que ha añadido otras.

A modo de conclusión

Los resultados y cambios que la paciente ofrece al terminar el tratamiento y al seguimiento pueden considerarse relativamente satisfactorios, sobre todo teniendo en cuenta el formato breve empleado y la dificultad que suelen suponer estos casos de comorbilidad múltiple.

El trabajo realizado durante la propia psicoterapia y la aguda crisis que la paciente sufrió en el transcurso de ésta, explican la movilización de recursos que puso de manifiesto la paciente, favoreciendo el cambio y la mejora sustantiva de los síntomas psicopatológicos.

El papel que juega la comorbilidad en este caso (la artrosis, osteoporosis y molestias estomacales) hace comprensible la persistencia del dolor al finalizar la terapia, siendo imposible aislar el dolor específico de la fibromialgia para valorar la eficacia del tratamiento psicoterapéutico en ésta. Aun así, la aportación de la

psicoterapia en la calidad de vida de la paciente parece bastante clara.

Atendiendo a estos resultados, parece que la terapia de constructos personales puede resultar útil tanto en casos con comorbilidad múltiple, y en un campo hasta ahora poco explorado, el de los trastornos psicósomáticos. En especial, el trabajo con dilemas implicativos parece bastante relevante en estos casos, lo que contribuye a explicar el estancamiento del proceso terapéutico que suele darse en estos casos. De hecho, en otro estudio anterior, también con usuarios de psicoterapia, Feixas, Cipriano y Varlotta (2007) encontraron que los que presentaban dilemas implicativos también puntuaban más alto en somatización.

Sin embargo, son muchos los interrogantes que quedan por resolver. Se precisan muchos más estudios para poder discernir si los dilemas implicativos tienen algún tipo de especificidad con respecto a los problemas psicósomáticos, o si atañen tan sólo a sintomatología psicológica concurrente o asociada a ellos. También sería bueno realizar estudios controlados para investigar la eficacia y eficiencia de los protocolos centrados en dilemas que han servido en este caso para orientar una parte del trabajo terapéutico. En este sentido, lo que parece indicar el caso de Sara es que aunque su macrodilema fuera una pieza importante de su problemática, el trabajo terapéutico requiere abordar también otros aspectos.

En definitiva, este estudio de caso puede contribuir a ilustrar la aplicación de la terapia de constructos personales, el trabajo con dilemas, y su relevancia en casos con comorbilidad psicósomática, así como el valor del testimonio de Sara, quien con el apoyo y ayuda de su psicoterapeuta tuvo el coraje de dar un vuelco importante a su situación, superando el miedo, y tomando las riendas de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Caro, I., e Ibañez, E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Compañ, V., Feixas, G., Varlotta, N., Torres, M., Aguilar, A. y Dada, G. (2009). Cognitive factors in fibromyalgia: The role of self-concept and identity related conflicts. Manuscrito sometido a publicación.
- EPIDOR-Fundación Grünenthal y Sociedad Española de Reumatología (2003) *Estudio epidemiológico del dolor en reumatología en España (EPIDOR)*. Madrid: Edipharma.
- Feixas, G., Cipriano, D. y Varlotta, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 194-203.
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD ver. 2.0.* (Segunda edición revisada). Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., De la Fuente, M., y Soldevilla, M. (2003). La técnica de rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (2), 152-172.

- Feixas, G.; Erazo, M. I., Harter, S. y Bach, L. (2008). Construction of Self and Others in Unipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cognitive Therapy & Research*, 32, 386-400.
- Feixas, G. y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *Spanish Journal of Psychology*, 7, 69-78.
- Feixas, G., y Saúl, L. A. (2005). Resolution of dilemmas by personal construct psychotherapy. En D. Winter y L. Viney (eds.), *Personal Construct Psychotherapy: Advances in Theory, Practice and Research* (pp. 136-147). London: Whurr (Wiley).
- Feixas, G., Saúl, L. A. y Ávila, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169.
- Feixas, G., Saúl, L. Winter, D. y Watson, S. (2008) Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 26, 243-255.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia* (3ª ed. revisada). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernandes, E.; Senra, J. y Feixas, G. (2009). *Psicoterapia construtivista: um modelo centrado em dilemas*. Braga, Portugal: Psiquilibrios Edições.
- Holland, J. M., Neimeyer, R. A., Currier, J. M. y Berman, J. S. (2007). The efficacy of Personal Construct Therapy: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 93-107.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 vols.). New York: Norton.
- Kelly, G. A. (2001). *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos* (B. Maher, compilación en inglés; G. Feixas, editor). Barcelona: Paidós.
- Metcalfe, C., Winter, D. y Viney, L. (2007). The effectiveness of personal construct psychotherapy in clinical practice: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17 (4), 431-442.
- Neimeyer, R. y Feixas, G. (1989). Trastornos en el proceso de construcción: Implicaciones psicopatológicas de los corolarios kellianos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26, 52-69.
- Rivera, J., & González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: A validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 22, 554-560.
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre investigación y práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI, 261-269.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para de Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.
- Senra, J., Feixas, G., y Fernandes, E. (2006). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista de Psicoterapia*, 63-64, 179-201.
- Winter, D. (2007). Constructivist and Humanistic Therapies. En C. Freeman y M. Power (eds.), *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A guide for research and practice*. (p.p. 123-140) Londres: Wiley.
- Winter, D. & Viney, L. (eds.) (2005). *Personal Construct Psychotherapy: Advances in Theory, Practice and Research*. London: Whurr (Wiley).

Abstract: In this article the case of Sara is presented. She is diagnosed with fibromyalgia, depression and other comorbid disorders. Psychologically, one of her main difficulties lies in putting limits to others' demands on her which damages her relationship with loved ones and also with herself. Looking at her personal constructs, it is apparent that for her satisfying her needs is not compatible with responding to others' demands. She ends up handing over in order to keep up with her self image of being a good person which is a key stone in her sense of identity, a core construct. The brief format of personal construct therapy carried with her dealt with this dilemma and some significant changes occurred which were maintained at the follow-up.