

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA:

**“Alcances de la técnica de Focalización (Focusing) en mujeres con  
Síndrome de Fibromialgia”**

Sustentantes:

Paola Argueta Jara – A40460

Carolina Londoño Arana – A42986

Comité Asesor:

Directora: Lic. Ginette Sánchez Gutiérrez


Lectora: Dra. María Celina Chavarría González

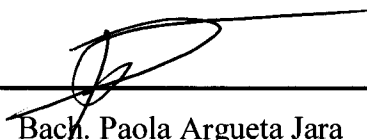
Lectora: Msc. Dora Gamboa Obando

SAN JOSÉ, COSTA RICA  
2013

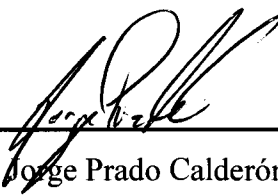
## HOJA DE APROBACION


*“Alcances de la técnica de Focalización (Focusing) en mujeres con Síndrome de Fibromialgia”*

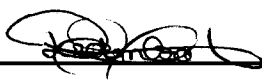
  
\_\_\_\_\_  
Bach. Carolina Londoño Arana  
Sustentante


  
\_\_\_\_\_  
Bach. Paola Argueta Jara  
Sustentante

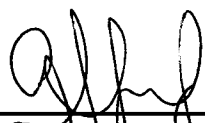
Este trabajo final de graduación fue presentado en defensa oral y escrita a la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, y fue aprobado por los siguientes miembros del tribunal examinador.

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Jorge Prado Calderón  
Presidente del tribunal

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Bradly Marín Picado  
Profesor invitado

  
\_\_\_\_\_  
Msc. Dora Gamboa Obando  
Lectora TFG

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Maria Celina Chavarría González  
Lectora TFG

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Ginette Sánchez Gutiérrez  
Directora TFG

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la cooperación y comprensión de nuestro comité asesor, quienes con su experiencia, seguimiento y conocimiento nos brindaron las herramientas necesarias y el acompañamiento para la elaboración de este proyecto.

A la Asociación de Fibromialgia de Costa Rica por abrirnos un espacio inexplorado para la Focalización, en un mundo permeado por abordajes médicos y farmacéuticos.

A la mujer que participó voluntariamente en el estudio piloto, y a su hija, por permitir que nos acercáramos con valentía a la vivencia, única y especial, que se tiene con el síndrome.

Y especialmente a las dos mujeres, diagnosticadas con Fibromialgia, que decidieron participar en esta tesis. Su vivencia y confianza nos brindó la oportunidad de conectarnos, y la información y experiencia que nos permitió alcanzar el objetivo y, aún más, a crecer como investigadoras, psicólogas, mujeres y seres humanos.

¡Muchas gracias!

## **DEDICATORIA**

A mi compañera de tesis, Paola Argueta, por la paciencia, el ánimo y la confianza durante todo este proceso. Gracias por nunca rendirte.

A mi novio, Andrés Corrales, por el amor, apoyo, compañía y comprensión, especialmente en los momentos de duda.

A mi abuela, Esneda Ortiz por la perseverancia que me permitió alcanzar exitosamente mis metas. Sé que donde estés tu alma sonrío junto a mí en este logro.

Y por último a mi mamá, Naydú Arana, por ser el reflejo de la luna en el mar.

¡Gracias!

**- Carolina Londoño Arana**

A mi gran amiga y compañera, Carolina Londoño, por acompañarme en este proceso y crecer juntas en esta nueva etapa de vida.

A mis padres Octavio Argueta y Rose Mary Jara les reconozco y honro por su grandeza y valentía. A ellos y a mi hermano Octavio Argueta por estar ahí en todo momento apoyándome y amándome incondicionalmente.

A Oma, por ser el ejemplo de fuerza femenina que me inspira a crecer.

A Mónica Argueta por vibrar en cada latir de mi corazón y acompañarme en mi primera y más importante aventura: nacer.

Este viaje en, a través, y desde el cuerpo y su sabiduría... es para ustedes.

¡Muchas gracias!

**- Paola Argueta Jara**

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
JUSTIFICACIÓN .....	2
<b>CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
MARCO CONCEPTUAL.....	4
Psicoterapia experiencial.....	4
La conciencia intencional.....	4
Calidad de vida.....	5
Focalización .....	5
Síndrome de Fibromialgia.....	7
Tratamientos de la Fibromialgia .....	8
MARCO TEÓRICO .....	9
Fenomenología experiencia y Terapia Gestalt .....	9
Cuerpo .....	10
Vivencia corporal: Yo soy mi cuerpo.....	12
Terapia corporal .....	14
Focalización (Focusing) .....	16
Focalización, enfermedad y dolor .....	22
Síndrome de Fibromialgia .....	25
Focalización y Síndrome de Fibromialgia.....	31
Focalización en Costa Rica .....	33
<b>CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>36</b>
OBJETIVOS .....	36
General .....	36
Específicos.....	36
<b>CAPÍTULO IV: MÉTODO .....</b>	<b>37</b>
TIPO DE ESTUDIO .....	37
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	39

PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	42
PROCEDIMIENTO.....	47
Fase 1 .....	47
Fase 2 .....	48
Fase 3.....	48
ANÁLISIS DE DATOS.....	49
PROTECCIÓN A LOS SUJETOS.....	50
<b>CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>52</b>
CASO EUGENIA.....	53
Entrevista inicial.....	55
Escala experiencial y observaciones.....	63
Cuestionario Post-Focalización.....	85
Entrevista final .....	91
Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia .....	97
Análisis del caso.....	100
CASO ISABEL.....	110
Entrevista inicial.....	112
Escala experiencial y observaciones .....	118
Cuestionario Post-Focalización.....	132
Entrevista final .....	137
Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia .....	143
Análisis del caso.....	145
VIVENCIA DE LAS INVESTIGADORAS.....	154
Investigadora Caso Eugenia – Carolina Londoño.....	154
Investigadora Caso Isabel – Paola Argueta.....	163
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....</b>	<b>172</b>
ALCANCES.....	172
LIMITACIONES .....	180

<b>CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES .....</b>	<b>184</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>188</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>198</b>
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	199
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA (CIF) .....	202
ANEXO 3. CUESTIONARIO POST-FOCALIZACIÓN .....	203
ANEXO 4. ESCALA EXPERIENCIAL .....	206
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRE-PRUEBA.....	212
ANEXO 6. ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA I: PRE-FOCALIZACIÓN.....	215
ANEXO 7. ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA II: POST-FOCALIZACIÓN.....	218
ANEXO 8. DIBUJO I – CASO ISABEL: PRE-FOCALIZACIÓN .....	221
ANEXO 9. DIBUJO II – CASO ISABEL: POST-FOCALIZACIÓN .....	222
ANEXO 10. DIBUJO I – CASO EUGENIA: PRE-FOCALIZACIÓN .....	223
ANEXO 11. DIBUJO II – CASO EUGENIA: POST-FOCALIZACIÓN.....	224
ANEXO 12. CIF I – CASO ISABEL: PRE-FOCALIZACIÓN.....	225
ANEXO 13. CIF II – CASO ISABEL: POST-FOCALIZACIÓN.....	226
ANEXO 14. CIF I – CASO EUGENIA: PRE-FOCALIZACIÓN .....	227
ANEXO 15. CIF II – CASO EUGENIA: POST-FOCALIZACIÓN.....	228

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1. PUNTOS SENSIBLES AL DOLOR EN EL SFM .....</b>	<b>26</b>
<b>FIGURA 2. RESULTADOS DE LA ESCALA EXPERIENCIAL – CASO EUGENIA.....</b>	<b>84</b>
<b>FIGURA 3. RESULTADOS DEL NIVEL DE PROFUNDIZACIÓN REPORTADO EN EL CUESTIONARIO POST-FOCALIZACIÓN – CASO EUGENIA .....</b>	<b>90</b>
<b>FIGURA 4. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DEL IMPACTO DE FIBROMIALGIA – CASO EUGENIA .....</b>	<b>99</b>
<b>FIGURA 5. RESULTADOS DE LA ESCALA EXPERIENCIAL – CASO ISABEL .....</b>	<b>130</b>
<b>FIGURA 6. RESULTADOS DEL NIVEL DE PROFUNDIZACIÓN REPORTADO EN EL CUESTIONARIO POST-FOCALIZACIÓN – CASO ISABEL.....</b>	<b>136</b>
<b>FIGURA 7. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DEL IMPACTO DE FIBROMIALGIA – CASO ISABEL.....</b>	<b>143</b>



## RESUMEN

Argueta, P & Londoño, C (2013) *Alcances de la técnica de focalización en mujeres con Síndrome de Fibromialgia*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología en la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica

El presente estudio tiene como objetivo principal describir algunos alcances y/o limitaciones de la técnica de Focalización (Focusing) en mujeres diagnosticadas con el Síndrome de Fibromialgia. Para ello se llevaron a cabo dos estudios de caso en mujeres con este diagnóstico y se implementó la técnica durante diez sesiones. Dentro de los instrumentos utilizados se encuentran dos entrevistas semiestructuradas, un cuestionario post focalización, la Escala Experiencial y el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia. Los hallazgos de la vivencia con la técnica y estos instrumentos se analizaron a partir de varias categorías de investigación, que ahondaron en la percepción, aportes y profundidad de la técnica, además de su impacto en la vivencia corporal, la calidad de vida y los síntomas asociados al Síndrome de Fibromialgia en estas mujeres. Además, se incluyeron las experiencias, percepciones, ansiedades y vivencia de las investigadoras durante la investigación. A cada participante del estudio se le brindó un pseudónimo para proteger su privacidad, por lo que los casos se llaman Eugenia e Isabel.

Al finalizar el estudio se encontró que en uno de los casos, el de Eugenia, la implementación de la técnica de Focalización le facilitó acercarse a su cuerpo y expandir su consciencia corporal. A su vez tuvo dificultades para despejar el espacio y escuchar al cuerpo debido a una tendencia hacia la racionalización. En ella no hubo cambios

contundentes en cuanto a la sintomatología pero si se vieron mejorías en su auto-concepto, relaciones interpersonales y vivencia corporal. En el caso de Isabel, la participante mostró una habilidad para escuchar al cuerpo, lo cual le facilitó aumentar la profundidad de los hallazgos en las sesiones y experimentar sensaciones sentidas muy fuertes. En la participante los síntomas de dolor no disminuyeron, más si las sensaciones de angustia y tristeza. En este caso se evidenció un impacto positivo de la técnica en las relaciones interpersonales, autoestima, autopercepción, y vivencia corporal.

Se concluye en ambos casos que la técnica presenta alcances positivos en la sintomatología al disminuirse el malestar en el momento del uso de la técnica y mejorías en la vivencia corporal y la calidad de vida. En la técnica, al explorar y describir sensaciones asociadas al dolor, las sensaciones sentidas se transforman y se relacionan con otros elementos de la vida cotidiana. Estas transformaciones directamente relacionadas con la vida de las participantes, tienen a su vez impacto en el sentir físico, mental y emocional, que permite una relación diferente con el cuerpo, e impacta la calidad de vida, especialmente en relaciones interpersonales, auto-concepto y bienestar emocional.

**Palabras claves:** psicología, técnica de Focalización, Focusing, Síndrome de Fibromialgia, vivencia corporal, cuerpo, calidad de vida, mujeres, dolor, enfoque humanista y experiencial.

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

El presente trabajo parte de un enfoque humanista y experiencial de la psicología, desde la premisa de la integración del cuerpo como punto de referencia del quehacer terapéutico. Se concibe que el cuerpo humano actúa como una red de resonancias, que permite descubrir, producir y modificar significados propios de cada persona. En este caso, la técnica terapéutica a investigar es la Focalización, propuesta por Gendlin en la década de 1960. Esta técnica (focalización) busca lograr una conexión con las sensaciones presentes en la corporalidad y conectarse con sus significados. Como herramienta experiencial, este enfoque trabaja directamente en la interface entre mente y cuerpo, lo que permite abordar los componentes psicológicos y los síntomas físicos de manera integral, concibiéndolos de manera indisoluble (*Gendlin 1999*).

En esta investigación se relaciona la Focalización con la enfermedad y el dolor, específicamente con el Síndrome de Fibromialgia (SFM), el cual se caracteriza por un dolor crónico generalizado en el cuerpo. No existen estudios internacionales o nacionales que investiguen la implementación de esta técnica en personas con SFM y su tratamiento se limita a ser médico y/o farmacológico con intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales (*Quesada 2006*).

Debido al enfoque corporal de la Focalización, la sintomatología corporalmente generalizada del SFM, y la escasa oferta de herramientas psicológicas para su tratamiento, se considera pertinente estudiar un abordaje diferente para el síndrome. Esto conduce a las investigadoras al objetivo de la investigación, es decir, introducir la técnica de la Focalización para conocer cuáles son los alcances y/o limitaciones que presenta en las

mujeres con SFM, ya que esta técnica puede implicar un acercamiento diferente al síndrome que incluya la corporalidad como parte del tratamiento. Por lo tanto, se pretende ahondar en las sensaciones corporales que experimentan estas mujeres, y que sean ellas quienes den nuevo significado a asuntos o conflictos que se manifiestan en su corporalidad. De esta forma, se toma en cuenta la vivencia corporal, la sintomatología y la calidad de vida de estas mujeres. La hipótesis de las investigadoras es que la Focalización promueve una vivencia corporal diferente en las mujeres con SFM y, por ende, propicia una mejoría integral y progresiva en la sintomatología y en la calidad de vida.

## **JUSTIFICACIÓN**

Existe interés por parte de las investigadoras en explorar herramientas terapéuticas, de carácter psicológico, que sean co-adyudantes de tratamientos empleados en mujeres con SFM. Actualmente, ellas reciben atención médica, farmacológica y, en ocasiones, psicológica para atender el malestar y sus consecuencias en la calidad de vida. Sin embargo, no se “escucha” al cuerpo, es decir, se deja de lado la atención a la corporalidad y a las posibles relaciones psicoafectivas presentes en la sintomatología.

Ante esa carencia, se propone el uso de la Focalización, como una herramienta terapéutica –ayudante– en el manejo del dolor, la fatiga, la ansiedad y demás componentes del síndrome. Lo anterior se sustenta en la premisa propuesta por Frezza (2008), quien afirma que por medio de la Focalización se permite encontrar el significado emocional de dolencias u otros síntomas que no logran expresarse a través de palabras. De esta forma se promueve una vivencia corporal diferente.

Se estima que el tema es pertinente al prevalecer un vacío de investigación en Costa Rica sobre alternativas terapéuticas para tratar el SFM. Según datos preliminares (*Calvo 2006*) este síndrome se presenta en 180 mil costarricenses, con ocho veces más prevalencia en mujeres que hombres, las cuales son la población de la presente tesis. Por ello se decide ahondar en la temática para aportar información relevante que permita un aumento en la calidad de vida de estas personas. Específicamente, se pretende introducir la Focalización en mujeres con este síndrome, a miras de conocer si su utilización repetida puede tener repercusiones positivas y/o limitaciones en esta población.

## **CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO**

Este estudio toma en cuenta elementos de distintas posiciones teóricas y conceptos específicos, que son pertinentes desarrollar para su comprensión. En este apartado se hace una definición de los principales constructos teóricos implícitos en la investigación, relativos a la Focalización y a la Fibromialgia.

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### *Psicoterapia experiencial*

Existen distintas corrientes de la psicología y concepciones del ser humano y la relación con su entorno. Desde la psicología humanista, que se posiciona desde una comprensión holista de la experiencia humana, se encuentra la tendencia terapéutica llamada psicoterapia experiencial. Ésta parte de que la existencia es experiencial y corresponde a la interacción con el contexto. Busca que la persona se conecte con experiencias sentidas (*felt experience*) y, describiéndolas por medio del lenguaje, trascienda la sensación y logre un cambio al vivenciar un desbloqueo (*Gendlin 1973*).

#### *La conciencia intencional*

Relacionado con esta psicoterapia, Gendlin (1960) plantea una metodología para estudiar la relación que hay entre los fenómenos y la conciencia intencional de los seres humanos; sin prejuicios ni teorías preconcebidas por parte del (de la) observador(a). Esta visión proviene de la fenomenología (*Martorell & Prieto s.f.*). De esta forma, la experiencia puede ser comprendida desde la perspectiva y vivencia de la persona. Por lo tanto, no se recurre al conocimiento previo o a una teoría preestablecida para procurar explicar un fenómeno o experiencia humana.

### *Calidad de vida*

Por otra parte, un aspecto también indagado en relación a procesos de enfermedad es la calidad de vida. Ésta se entiende como la experiencia y percepción de una persona de su bienestar general, tomando en cuenta su estado físico, mental y social deseado. Es una dimensión subjetiva evaluada desde los valores, aspiraciones y expectativas personales; pero influida por los valores y estándares del contexto socio-cultural (OMS, 2007 en Zarate, 2007; Velarde y Ávila 2002). La calidad de vida, desde la salud, se refiere a cómo ésta se ve afectada por la enfermedad y su tratamiento. Se enfoca en la satisfacción personal experimentada según la vitalidad, independencia, estado emocional, estima propia, participación en actividades cotidianas (laborales y/o de ocio), relaciones interpersonales e inclusión social (Schalock, 1996 en Verdugo y Martin 2002)

Dentro de los enfoques psicoterapéuticos que trabajan la calidad de vida y que concuerdan con la propuesta del presente estudio, se encuentra la terapia de aceptación y compromiso. Esta terapia psicológica promueve, a partir de la experiencia de la persona, la capacidad de aceptación de la vivencia actual y el compromiso de llevar a cabo acciones acordes a los valores personales (Luciano y Sonsoles 2006).

### *Focalización*

A partir de la psicología experiencial, nace el proceso terapéutico experiencial de autoconciencia y curación emocional corporal llamada Focalización. Ésta procura conectar la sabiduría interior y crear una relación de comunicación y confianza con el cuerpo (Yontef y Jacobs 2005; Depestele 2012). Presta especial atención al cuerpo para entrar en contacto con sensaciones, emociones y pensamientos desde una sensación sentida (felt sense). Esta

sensación presenta significados provenientes de la experiencia individual, la cual se relaciona con inquietudes ante una situación, decisión, relación o problema en particular. A partir de ahí se pasa a una resolución corporal (un deseo, que se siente corporalmente, de pasar a la acción ante ese asunto en específico), lo que se le llama un cambio sentido (*Klagsbum 2009*) o dirección de cambio (*Gendlin 2001*).

Para emplear la técnica de Focalización, es menester esbozar la conceptualización de cuerpo, conciencia, vivencia corporal y sensación sentida. En este sentido, se parte de la concepción del cuerpo como:

*(...) un sistema viviente, que se interrelaciona con el medio exterior, crece en el espacio y/o en el tiempo, que cumple diferentes funciones, y en el caso del cuerpo humano se transforma por la historia y la cultura por otros hombres, generación tras generación (...). (Febles 2003: 4)*

La corporalidad es el punto de partida para comprender los distintos fenómenos presentes en la experiencia de los seres humanos, ya que es vivida a través del cuerpo. Es un organismo total e integrador de diversas funciones vitales: percibir, pensar, comer, hablar, entre otras y que está en constante confluencia con todas las experiencias y las situaciones vividas. (*De Castro, García y Rodríguez 2003: 140*) La función corpórea es crear significados a través de la interacción con el mundo, por lo que es sede de experiencias, sensaciones y emociones, tanto dolorosas como placenteras. “No tenemos un cuerpo; nuestro modo de ser es corpóreo” (*Arregui y García 2006: 74*).

La consciencia corporal es el grado en que una persona dirige su atención hacia aspectos internos y externos de su cuerpo (*Quero, Villa y Castañeiras 1999*). La vivencia corporal o *cuerpo vivido* corresponde a la experiencia que tiene una persona de su cuerpo



habitado y auto poseído. Incluye la percepción (pensamientos y emociones referentes al esquema e imagen corporal) y la consciencia corporal (*Stelter 2000*). También, se refiere al flujo de experiencia cotidiana anclada en el cuerpo, pues las sensaciones corporales son registros de experiencias del pasado y el presente (*Alemany 2006*). Por último, la vivencia corporal es subjetiva; se puede vivir el cuerpo como un ente externo y ajeno o vivir toda experiencia corporal como parte integral del propio ser.

Eugene Gendlin (1960) propuso el término sensación sentida (*felt sense*) para referirse a una sensación consciente corporal conectada con una experiencia real o imaginaria, que contiene aspectos racionales y emocionales. Se debe invitar a que llegue al cuerpo pues no siempre es experimentada con facilidad. La información que se obtiene de ella deviene de la búsqueda de un símbolo (*asidero*) que capta la sensación con precisión (*Klagsburn, 2009*), promoviendo un cambio experiencial y un movimiento terapéutico (*Gendlin 1999*).

### *Síndrome de Fibromialgia*

Es indispensable conceptualizar El Síndrome de Fibromialgia (SFM) como un desorden clínico, caracterizado por dolor crónico músculo esquelético, fatiga generalizada y trastornos del sueño presentes durante un mínimo de tres meses y con ausencia de otra enfermedad sistémica causante de los síntomas. Se asocia con ansiedad, depresión, problemas cognitivos, déficit de memoria y deterioro general en la calidad de vida. Su etiología es desconocida y no tiene cura (*Hughes 2006*). Para su diagnóstico se utilizan los puntos sensibles (*Tender Points*), es decir, lugares de mayor sensibilidad al dolor descritos por el American College of Rheumatology (*Rea, Russo, Katon, Ashley y Buchwlad 1999*).

La persona con SFM debe reportar dolor a la palpación de mínimo 11 de estos 18 puntos. Estos se encuentran por todo el cuerpo: en los brazos, nalgas, tórax, rodillas, espalda baja, cuello, hombros y muslos.

### *Tratamientos de la Fibromialgia*

Esta investigación posee una propuesta alternativa a la concepción tradicional con la que se ha trabajado la enfermedad y la corporalidad de los seres humanos. Muchos de los estudios realizados desde la psicología para el Síndrome de Fibromialgia o enfermedades afines, corresponden al enfoque cognitivo conductual. La terapia cognitivo conductual es de carácter directiva y de duración breve. Se basa en modificar patrones de pensamientos que tienen efecto en emociones y conductas presentes, con el propósito de reducir el malestar y/o comportamiento no deseado (*Brewin, 1996 cit. Lega, Caballo y Ellis 2002*).

Algunas de las herramientas que se utilizan en el enfoque cognitivo conductual son la medición de ondas cerebrales y la implementación del biofeedback o la bioretroalimentación. Las primeras corresponden a la actividad eléctrica del cerebro observable por electroencefalograma. Existen 4 tipos de ondas, *Beta* (13-28 Hz [vibraciones por segundo]) estado despierto y de atención; *Alfa* (7,5 -13 Hz): estado relajado y creativo, con integración de cuerpo y mente; *Theta* (3,5-7,5 Hz): estado inconsciente, de somnolencia; *Delta* (0,2-3,4 Hz): estado hipnótico y de sueño profundo. El *Biofeedback* (bioretroalimentación) es una técnica que provee información acerca de procesos fisiológicos, como el ritmo cardiaco, tensión muscular, temperatura de la piel y ondas cerebrales (neurofeedback), de manera que la persona puede aprender a controlar y modificarlos (*Navarro 2006: 13*). Cabe resaltar que este acercamiento deja de lado el

potencial que tiene el cuerpo y la persona para encontrar vías que permitan tanto cambiar los comportamientos y cogniciones, como la experiencia humana.

## **MARCO TEÓRICO**

En este apartado se describen temas y relaciones conceptuales que sustentan el desarrollo de la investigación. En cada temática, se describen y analizan antecedentes teóricos, investigativos, internacionales y nacionales, y se exponen los motivos por los que se considera pertinente la Focalización como tratamiento para el síndrome.

### *Fenomenología experiencial y Terapia Gestalt*

La fenomenología es una corriente filosófica fundada por Edmund Husserl a inicios del siglo XX. Él propuso que el conocimiento se da subjetiva, objetiva y fenomenológicamente. Los significados se reconstruyen a partir de vivencias internas, cada forma de conocer tiene referencias distintas. El conocimiento subjetivo genera hipótesis de experiencias pre-conceptuales, el conocimiento objetivo genera teorías científicas y el conocimiento fenomenológico es una relación intersubjetiva.

Esta corriente filosófica es una de las principales bases de la terapia Gestalt, propuesta por Frederick “Fritz” Perls en colaboración con Laura Perls y Paul Goodman a mediados del siglo XX. El enfoque terapéutico se basa en el trabajo con la consciencia “awareness” y las habilidades o “awareness skills” del consultante, contrario a la corriente psicoanalítica de interpretación, neutralidad y poder del (de la) terapeuta sobre lo inconsciente. (Yontef & Jacobs 2005). El o la terapeuta se compromete a acompañar en un rol

de observador, dirige al paciente a observar sus pensamientos, emociones y sensaciones, y no pretende conocer la verdad o irracionalidad.

Según la psicología gestáltica, la experiencia humana es holista y posee una autorregulación inherente, es decir, incluye la consciencia y apropiación de los sentidos, emociones, observaciones, necesidades y creencias de cada individuo. Así mismo, cuenta con una motivación para arreglar sus propios problemas. Por ello, desde esta aproximación terapéutica, se busca el autoconocimiento, aceptación y crecimiento bajo la premisa del “aquí y el ahora”. Las distintas técnicas permiten alinear el contacto consciente con lo que emerge en el presente y por medio de la experimentación probar cosas nuevas para expandir la comprensión de uno(a) mismo(a) por vías alternas al lenguaje verbal. (*Yontef y Jacobs, 2005; Despestel 2012; Reed 2012*). El crecimiento personal ocurre cuando se expande la consciencia de lo que ocurre en su existencia, de su vinculación con el contexto, de cómo lo afecta y cómo afecta a otras personas.

### *Cuerpo*

El cuerpo humano ha sido motivo de discusión e interés a lo largo de la evolución y desarrollo de los seres humanos. Sus concepciones son producto de un compendio de constructos, experiencias, aproximaciones e ideologías de distintos momentos socio-históricos, convirtiéndolo en “cuerpo material y a la vez un cuerpo representado” (González 2001:152).

Con el paso de los siglos, la concepción oriental ha conservado la integración del cuerpo, mientras que en occidente se le ha escindido. Por ejemplo, para la cultura egipcia las características psíquicas llegaron a ser consideradas cualidades del cuerpo, para los(as)

hindúes el cuerpo es un conjunto complejo de procesos psíquicos y físicos y para las culturas china y japonesa “*el individuo no tiene un cuerpo, es un cuerpo y es vivido por él*” (Nagamoto S. 1997 cit. por Febles 2003)

Por otro lado, en el apogeo de la cultura grecolatina se creía que el cuerpo manifestaba la presencia de la divinidad en la tierra: al ser portador de las normas de perfección y armonía. En la edad media se cambia drásticamente el culto a la corporalidad, reasignándosele un rol secundario. Esto alude a que el cuerpo está separado de la espiritualidad, y esta última es predominante sobre la materia (González 2001:146). La influencia de la hegemónica ideología católica de este periodo histórico marca un hito en el papel, concepción y lugar del cuerpo en las sociedades posteriores. La reproducción humana constituyó la función primordial del cuerpo, generando una separación moral de la sabiduría corporal; dificultando una relación íntegra de la experiencia humana. Si bien hubo influencias renacentistas y románticas menos radicales, las distintas ramas académicas, filosóficas y religiosas conceptualizan al cuerpo como objeto ajeno y separado de la psique y más aún de lo espiritual. Descartes determinó el curso de las culturas occidentales al afirmar “pienso, luego existo” en el siglo XVI. La escisión entre lo corporal y lo espiritual queda explícita en el imaginario y accionar social hasta el día de hoy.

Estas concepciones se transfieren en la cultura por mediación, entendida como “*transición de las formas naturales a las formas cultas de conducta y actividad, la actividad mediatizadora que crea y utiliza instrumentos o signos que tienen una significación para el sujeto*” (Febles 2003:1). Es decir, constructos culturales son compartidos en una interrelación dialéctica entre *lo biológico y lo social: el cuerpo y la subjetividad, el movimiento corporal y*

*la psicogénesis*” (Febles 2003: 1). Un signo en el cuerpo es también transformado, reestructurado, interiorizado, externalizado por cada persona, según su vivencia.

*Vivencia corporal: Yo soy mi cuerpo*

Partiendo del enfoque humanista y experiencial anteriormente esbozado, el cuerpo es el vehículo por el que interactuamos y entendemos el mundo y determina la situación de las personas. Mente, cuerpo, sentidos y emociones son parte de una misma red de experiencias (Klagsburn 2006). Las interacciones con el entorno son percibidas en una relación dialéctica entre las posibilidades del ambiente socialmente mediatizado y las necesidades orgánicas. (Reinhard 2000; Yontef y Jacobs 2005). Cada persona posee una historia, que vive en y desde su cuerpo; y esta vivencia corporal es fuente de sabiduría holística (Alemany 2006). Así mismo, la existencia como la consciencia de existir son inseparables entre sí y el cuerpo. Merleau-Ponty le da el nombre de “cuerpo vivido” para referirse al cuerpo como referencia de articulación y relación subjetivas e intersubjetivas del ser humano. (De Castro, García y Rodríguez 2006)

Bertrucci (2004) afirma que el concepto de “Lebenswelt” propuesto por Husserl refiere a que el mundo es concebido y orientado como auto experiencia con un “yo” en su centro, alrededor del cual el mundo es estructurado por patrones peculiares como “cerca” y “lejos”, “familiar” y “extraño”. De esta forma, el cuerpo no es un medio, sino que es la forma de vivir y experimentar o experimentar el mundo, de interiorizarlo y transformarlo. Husserl también hizo una diferencia entre los términos en alemán “Leib”y “Körper”. El primero refiere al *cuerpo vivido* como el cuerpo sentido como propio porque cuenta con un yo que dispone de él en el auto movimiento. El segundo se entiende como el cuerpo

meramente físico. (Bertucci 2004) y se reduce a elementos fisiológicos mecanicistas del sistema nervioso. En este estudio se contempla el “Leib” como la base de la experiencia que incluye la globalidad de los aspectos vividos por la persona en el cuerpo.

La experiencia también se moldea según la memoria que se tiene hacia un evento específico, así como las circunstancias en el contexto presente. De esta forma, las necesidades organizan la percepción y la acción del individuo. (Yontef y Jacobs 2004) La adaptación creativa de cada persona evidencia el reflejo de búsqueda de balance entre el ambiente cambiante y la necesidad de adaptarse a dichas condiciones. Es decir, la percepción; como experiencia presente encarnada, y el accionar o la interacción de la persona ante la situación, está mediada por las necesidades vividas y manifestadas en el cuerpo. Por lo tanto, la experiencia puede ser transformada desde el cuerpo por medio de distintas técnicas usando la creatividad y atendiendo o modificando necesidades para buscar el equilibrio.

La consciencia corporal es un aspecto muy importante en la terapia gestáltica, la cual desarrolla una serie de técnicas o metodologías para alcanzarla. Muchas de estas se centran en la respiración como principal elemento para lograr un contacto y atención hacia el cuerpo. (Yontef y Jacobs 2005) El *cuerpo vivido* deja de lado los reduccionismos orgánicos mentales; el ser humano tiene un yo que sintetiza el cuerpo y el alma (De Castro et al. 2006).

La vivencia corporal de una persona que presenta alguna enfermedad puede conllevar un malestar en su experiencia humana, posiblemente acompañada por rechazo e incomprensión del cuerpo. De tal forma que este cuerpo no se percibe como parte integral del propio ser, sino como un ente externo que solamente causa sufrimiento. Ante esto resulta necesario buscar e implementar formas respetuosas e integrales para entender el lenguaje del

cuerpo y escucharlo, promoviendo una vivencia corporal diferente. Esto puede ser de gran ayuda para conseguir una mejoría en la sintomatología y calidad de vida de las personas.

Existen varios estudios que nos ejemplifican estos cambios vivenciados desde el cuerpo, en terapias que se centran en él y le brindan un espacio relevante. Castañeda (2004) realizó un estudio para llegar al cuerpo vivido desde las expresiones dancísticas y encontró que dicha expresión artística ayudó a los participantes del estudio a tener una mirada diferente de su cuerpo, a percibir conscientemente su cuerpo y a actuar de manera reflexiva en la construcción de la subjetividad. Así mismo, Hill, Beutler y Daldrup (1989) estudiaron a un grupo de 6 mujeres adultas con artritis reumática que trabajó en sesiones de terapia gestáltica. Los resultados apuntan a que una alta participación por parte de las pacientes reduce el estrés. De la misma forma, un estudio en que se utilizó Focalización con una población de adolescentes con conductas agresivas, tuvo como resultado una mejora en el record académico de la población así como en los logros terapéuticos (*McDonald cit por Warner 2006: 47*) Así mismo, estudios realizados por Gendlin, Hendricks y Santen tuvieron efectos positivos en niños y niñas con antecedentes de trauma, ira, miedo y diagnósticos tempranos de trastornos de personalidad.

### *Terapia corporal*

La victoriosa reincorporación de la relevancia del cuerpo sobre el divorcio cartesiano y la ineludible integralidad del ser humano, han hecho necesario que las intervenciones de carácter psicológico busquen vías ontológicamente congruentes para alcanzar la autorrealización, auto conocimiento y consciencia. Otros paradigmas han apuntado al lenguaje verbal como herramienta primordial para alcanzar la hegemonía de la mente para



“dominar” el cuerpo, lo inconsciente e irracional. En este enfoque también se utiliza el lenguaje verbal, pero se le otorga un lugar diferente pues la voz está íntimamente ligada al cuerpo y emociones. *“Desde el llanto del nacimiento hasta el grito de la muerte. Es expresión, es comunicación, hacia fuera. A su vez, la voz es una llave para el interior”* (Cerezo S.f). Como parte de estas nuevas tendencias terapéuticas se destacan distintas técnicas corporales, cuyo fin es abrir un espacio de experimentación que expanda la consciencia o “*awareness*”. Se define la terapia corporal como:

*(...)aquel conjunto de procedimientos en que se realiza la comunicación y actividad conjunta orientador-sujeto teniendo como mediador los lenguajes del cuerpo como un todo, convirtiéndose éste en un portador de los cambios que pueden producirse por el sujeto en la recepción, interiorización, procesamiento, elaboración y expresión de lo vivenciado.( Febles 2003: 6)*

El trabajo corporal busca rescatar, orientar, estimular, armonizar y revelar el desarrollo de potencialidades físicas y espirituales del ser humano. *(Febles 2003:7)* Todas las técnicas de la terapia gestáltica son consideradas experimentos y se invita a las personas a explorar. Los principios de una terapia corporal propuestos por Febles (2003) son:

- ✓ El cuerpo muestra lo que es en movimiento, ya que ahí se unifican los aspectos psicológicos, sociales y psíquicos, e interaccionan dialécticamente las dimensiones de un mismo fenómeno.
- ✓ El cuerpo presenta transformación creadora, y no adaptación pasiva.
- ✓ El trabajo corporal comprende los procesos o funciones psíquicas, energéticas, físico-químicas o biológicas que intervienen, se correlacionan e integran en el cuerpo y en la forma en que se expresa.
- ✓ El cuerpo es un signo y es transformador de la subjetividad individual.

Parte de los objetivos de la terapia corporal es que la persona alcance mayor dominio de sí misma, de su consciencia, desarrollo de habilidades y elevación en la calidad de vida. También se incluye contrarrestar ansiedad, tensiones psíquicas y físicas y, sobre todo, lograr integralidad del ser, unificando los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Las aproximaciones terapéuticas corporales no pretenden explicar de manera casual los procesos que tienen lugar en el cuerpo, o dejar de tener en cuenta los estados subjetivos que lo acompañan, como afirma Rovaletti (1990 cit por De Castro et al 2006): “*Para la fenomenología por el contrario, los procesos sensorio-motrices deben ser estudiados en función de los estados subjetivos que los acompañan, motivan y dan sentido en relación con la situación desencadenante.*” Las terapias más conocidas son yoga, bioenergética, relajación, meditación, ejercicios físicos, acupuntura, masajes, danzaterapia, expresión corporal, psicoballet, entre otros (Febles 2004). En este estudio se considera que la técnica de Focalización es una herramienta introspectiva y que por su naturaleza concuerda con la descripción de terapia corporal. Si bien utiliza el lenguaje verbal, éste no se utiliza como medio para entender o develar la causalidad de alguna experiencia, sino como la voz desde y hacia el cuerpo que permite explorar y transformar las sensaciones.

#### *Focalización (Focusing)*

La psicoterapia experiencial, específicamente la Focalización como herramienta terapéutica, implica un proceso interior de toma de conciencia y de sanación emocional, orientado desde y hacia el cuerpo (Gendlin 1983). Según Alemany (2006) el cuerpo es resonancia de la experiencia cotidiana, y representa al organismo en el cual yace la sabiduría sensorial, pre-verbal y globalizante. El saber corporal parte del contacto directo con el

presente dándole un sentido integrador al contemplar registros del pasado y tener una orientación hacia futuro. Es por esto que cualquier intervención va “dirigida hacia el cambio (...) efectuado sobre la sensación sentida corporal” (*Alemany 2006:4*)

Para Gendlin la técnica de Focalización (Focusing) funciona no porque es un descubrimiento o invención, sino que utiliza una habilidad del ser humano para identificar y asociar lo que siente en un momento dado. A principios de los años setenta Gendlin y sus colegas notaron que el desarrollo de esa habilidad marcaba la diferencia entre una terapia exitosa y una que no lo fuera. Las personas que reportaron tener poco éxito en el proceso terapéutico usualmente se mantenían a nivel mental y difícilmente estaban conscientes de sensaciones en el cuerpo (*Weisser Cornell 1999*), Por este motivo, Gendlin formuló una técnica basada en una serie de pasos para fomentar y desarrollar dicha habilidad y que las personas re- aprendieran a escuchar al cuerpo.

Según Wagner (2006) los estudios realizados por Hendrick (2001), Gendlin (1973) y Jenney & Schlein (1960) revelan que estas correlaciones entre la habilidad de expresar en palabras sensaciones y sentimientos y el éxito del resultado de la terapia, se mantiene en distintas culturas, orientaciones terapéuticas y poblaciones.

La Focalización, en sí, es una herramienta liberadora basada en la confianza en el cuerpo, que propicia una relación confortable con los sentimientos fuertes de manera llevadera, basándose en la aceptación y auto empatía. (*Weisser Cornell 1999*) Utilizándola, la persona puede dejar de fomentar su crítico interno para convertirse en un aliado amoroso que le ayude a crecer y generar cambios profundos en el presente.

La técnica se puede practicar de manera individual, por profesionales en salud, personas particulares que se han familiarizado con la técnica o en espacios terapéuticos. En el presente estudio la técnica se utilizará como escucha y facilitación terapéutica.

Según Robert Lee, psicólogo certificado en Focusing, en un proceso terapéutico en el que se utilice la técnica de Focalización es necesario una escucha presente y empática por parte del terapeuta. (Sánchez 2011). Él afirma que la escucha es la clave para que el intercambio entre escuchante y focalizador sea posible. La persona llamada “escuchante” (en este caso es el o la terapeuta) debe pasar por un proceso previo de auto escucha y sensibilización con el cuerpo para aprender a escuchar y desarrollar la auto empatía, así como tomar consciencia de sus propias limitaciones y ser capaz de ponerlas a un lado para abrir la escucha con otros(as).

La Focalización es guiada por quien está escuchando a su cuerpo, es decir por el o la “focalizador(a)”. El o la terapeuta o escuchante le sigue, acompaña y facilita (Lee cit. por Sánchez 2011). La relación entre estos dos roles es equitativa ya que ambas personas tienen roles activos y tienen poder en el proceso. El o la escuchante tiene la responsabilidad de recibir, procesar y reflejar empáticamente lo que escucha activamente, en el aquí y ahora. Por su lado el o la focalizador(a) abre un espacio para escuchar a su cuerpo, sin censuras.

Gendlin (1999) propuso seis pasos para la Focalización que “sirven para aprender el proceso de una forma pedagógica” (p.115). Previo a la Focalización es necesario encontrar un lugar silencioso y sin distracciones para comenzar a relajarse y conectarse con el cuerpo. A

continuación, siete fases del proceso, las cuales seis son de Gendlin y una de ellas es propuesta por Robert Lee:

1. Lo primero es *despejar el espacio*. Es decir, procurar observar lo que sucede en el cuerpo y explorar lo que surja. En esta etapa se intenta contestar las preguntas ¿qué siento en este momento?, ¿cómo estoy aquí adentro? Se pueden utilizar distintas técnicas de relajación o respiración para concentrarse psicológica y corporalmente. Es “aprender a sentir el cuerpo desde adentro” (Gendlin 1999: 116); que la persona puede estar consciente de su cuerpo, de forma tal que puede sentir lo que sucede en él. Esta fase conlleva la exploración de distintas sensaciones y de llevar la consciencia a cada parte del cuerpo. El o la a escuchante puede guiar a la persona que focaliza por todo el cuerpo, facilitando que preste atención a la totalidad corpórea.
2. *Sensación sentida del problema*, Se explora o escoge cualquier sensación que resuene o se quiera trabajar; usualmente surge de sensaciones vagas o difíciles de describir (Wagner 2006). En otras palabras, se dirige la atención hacia una “sensación sentida. Ahí empieza la Focalización. Una vez que la persona comienza a describir dicha sensación, el/la escuchante acompaña al focalizador(a) por medio de reflejos de sentimientos y de preguntas (no interpretativas) que permitan identificar con detalle las sensaciones sentidas. Un aspecto a considerar en esta técnica es que los reflejos deben ser sentidos por el/la terapeuta o escuchante. (Sánchez 2011).

3. **Encontrar un asidero.** Entonces, se le pregunta al cuerpo sobre la sensación, percibiéndola y describiéndola (*Coffeng 2003*). Para generar esta descripción-vivencia se recurre a lo que Gendlin denomina un “asidero” (1999): frases, fragmentos de sueños, poemas, melodías, imágenes, olores u otros elementos que permiten a la persona captar la cualidad de esa sensación sentida. El escuchante parafrasea las descripciones para que la persona que focaliza pueda ver reflejadas sus descripciones.
4. **Buscar resonancias y sensaciones sentidas.** Una vez que se encuentra un asidero, se continúa indagando para explorar lo que este asidero le resuena en su cuerpo (*Gendlin 2001*). Los silencios son respetados, pues es necesario valorar el espacio de formación y exploración interna. Así, al interaccionar sensaciones y sentimientos con distintos significados, se asiste a cambios interiores corporales y se facilita su percepción.
5. **Preguntar.** Lo anterior se promueve formulando y respondiendo preguntas clave para expandir el significado de las resonancias de los asideros en las sensaciones sentidas. Inclusive, la persona puede “sentarse” (simbólicamente) al lado de la sensación sentida. Dentro de las preguntas clave están: ¿qué necesita esta sensación de... para sentirse mejor? ¿Existe alguna situación presente o pasada que se relacione con esta sensación de...?
6. Robert Lee (*Sánchez 2011*) agrega una sexta fase al proceso, llamada “**acting o accionar**”, que refiere al cambio en la situación, e incluye preguntas al cuerpo para identificar que necesita para sentirse mejor, y se hace visualización o

accionar de este cambio. Este accionar puede ser un movimiento, un sonido o una imagen que responda a las preguntas anteriormente expuestas. El chequeo de las sensaciones que generan estos asideros en el cuerpo son imprescindibles, ya que la persona que focaliza debe quedar en un lugar de auto empatía (Sánchez 2011).

7. **Recibir y aceptar.** Finalmente, la persona termina al recibir, aceptar y agradecer el proceso, sin juicios o cuestionamientos:

*Hay que acoger cualquier cosa que surja [...] dentro de la sensación sentida. No se trata de la respuesta final [...] No es necesario que nos lo creamos, simplemente debemos considerarlo como lo primero que nos quiere decir nuestro cuerpo. Debemos agradecer que nos haya hablado (Gendlin, 1999:121)*

Con estos pasos de la técnica se destaca la importancia de integrar el cuerpo en la psicoterapia, ya que el cambio está facilitado por el trabajo en y desde él, lo que produce cambios cognitivos, perceptivos y emocionales.

El “rol” de acompañante en el proceso de focalización es diferente a las aproximaciones tradicionales de la psicología. El saber y poder de transformación está en el consultante, no en el terapeuta. Es la persona quien al aproximarse a su cuerpo y a su interior que puede encontrar adentro la respuesta y accionar necesario para su bienestar. Esta re apropiación de la sanación física, emocional y espiritual da paso una relación de respeto mutuo entre el consultante y el acompañante. Esto implica una renuncia a una vinculación de poder “psicólogo- paciente”, dando paso a un encuentro de respeto entre dos seres humanos.

*El método utilizado es enteramente respetuoso con la experiencia individual de cada persona. El ritmo lo lleva la persona que focaliza, no el terapeuta. Sin embargo, el terapeuta desempeña una función muy importante mediante la escucha empática y sirviendo de guía para que la persona consultante logre descubrir, tocar y permanecer con la sensación sentida y el resto del proceso. (Aguilar 2013: 117)*

En este proceso el o la terapeuta parafrasea palabras emitidas por el individuo con la intención de captar la sensación sentida, presta atención al rostro y al paralenguaje, y procura corroborar las palabras que la persona utiliza para describir su experiencia. Además, puede sugerir que la persona deje de hablar para concentrarse en el cuerpo, promoviendo una actitud sin prejuicios y de aceptación (*McGuire- Bouwman 1999; Alemany 2006*).

### *Focalización, enfermedad y dolor*

La mente, el cuerpo, los sentidos y emociones se perciben, desde la Focalización, como elementos de una intrincada red de experiencias relativas a la vivencia. La enfermedad forma parte de esta red y el desequilibrio o malestar se experimenta en el cuerpo como un todo integral de la experiencia humana. Según Frezza (2008), una de las funciones de la enfermedad es dar aviso de que algo está mal, pero su significado, que involucra emociones no logra expresarse a través de palabras. Schützenberger (1998) y Hellinger (2011) afirman que la enfermedad puede tener un origen genealógico, es decir que los malestares físicos y emocionales pueden relacionarse con eventos pasados de la familia que no han sido resueltos y se manifiestan por medio de síntomas. La herencia es tanto genética como energética. Estos puntos de vista coinciden en que al traer a la consciencia el origen de la enfermedad, los síntomas pueden disminuir o desaparecer.

Por otro lado, Damasio (2000 cit por Bray 2011) describe la evidencia de que las emociones y los sentimientos no sólo son experimentados en el cuerpo, sino que sin el input del mismo no ocurrirían. Él describe el papel de los nervios vagos en la percepción de sensaciones externas e internas y debido a la conexión de éstos con el hipotálamo, la



amígdala (relacionados con respuestas emocionales) y con los lóbulos frontales (responsables de nuestra consciencia o awareness), juegan un papel importante en las emociones.

Ringwelski (2003), plantea que existen distintos mapas sinápticos donde se registra la información, consciente e inconsciente; relacionada con eventos que incluyen emociones. Cuando la persona los recuerda, estos mapas se activan y transmiten la información al hipocampo, al hipotálamo y de ahí surgen reacciones fisiológicas en diferentes partes del cuerpo. Al focalizar se experimentan cambios en estas sensaciones originales, lo que modifican dichos mapas, generando imágenes nuevas cuyo feedback y efectos bioquímicos que se transmiten por la corriente sanguínea y los nervios hacia el hipocampo y la corteza. El cerebro humano, al no diferenciar entre lo imaginado, vivido en el pasado o en el presente, genera un cambio en la experiencia y en el comportamiento. Por ende, se puede decir que el Focusing sería una herramienta útil para modificar las experiencias aversivas, y transformar sus manifestaciones en el cuerpo. Esto podría propiciar una disminución de síntomas presentes en diversas enfermedades.

De hecho, los estudios y aportes encontrados por Ringwelski (2003), Alemany (2006) y McGuire- Bouwman (1999) revelan que con la Focalización las personas presentan una mejoría y/o disminución en síntomas como dolores de cabeza, migraña, fatiga crónica, depresión, así como un aumento en el nivel de energía.

Tomando en cuenta lo anterior, se plantea que la experiencia de la persona es vivida desde el cuerpo. El malestar no es físico, emocional o mental sino que es un malestar en la totalidad de la persona y como tal debe abordarse desde la integralidad y no la objetivación fragmentadora con la que suele verse la enfermedad. Aunado a esto, la concepción de

“somatización” responde a la concepción escindida del cuerpo y la mente o las emociones. Lo cierto es que un dolor no es “físico” o “emocional”, es una experiencia que integra la memoria, el contexto presente, la percepción encarnada y la adaptación de cada individuo a las circunstancias actuales.

Klagsbrum (2009), menciona que focalizar, al actuar como puente entre cuerpo y emociones y mente, ayuda a que la persona se conecte con la sensación sentida y que en vez de transformar todo en síntomas, se conecte con el significado de éstos. “Dirige al ser humano como un todo: una complicada constelación de recuerdos, emociones, pensamientos y sensaciones corporales. Como tal, es una herramienta útil para desentrañar el complejo tapiz que compone la enfermedad” (p. 8). Le provee a la persona un espacio para que escuche y conozca las facetas de su dolor. (Sarno, 1964 cit. en Frezza, 2008) En general, es un proceso que ayuda experiencialmente a descubrir el significado implícito o explícito del dolor, manejarlo y liberarse de conceptos predeterminados y etiquetas categorizadoras, generando una nueva relación en ese campo.

Klagsbrum (2009) menciona que esta técnica es eficaz para mantenimiento de la pérdida de peso en clientes obesos, tratamiento del dolor en niños, reducción del estrés y expresión del enojo en privados de libertad. También se han encontrado efectos positivos en pacientes con cáncer. Por su parte, Hill, Beutler y Dalcrup (1989) sugieren que la disposición y participación del paciente en la terapia experiencial, así como la profundización e intensidad de las intervenciones del terapeuta, influyen en el resultado de avances y cambios. Las manifestaciones de cambios ocurren al darse un desbloqueo interno, resultando en alivios físicos, cambios en respiración, suspiros, entre otros, y se abre paso a nuevas sensaciones de

serenidad, paz y bienestar. Por consiguiente, se puede inferir que esta técnica podría ayudar a disminuir malestares y síntomas presentes en síndromes como la Fibromialgia.

### *Síndrome de Fibromialgia*

El Síndrome de Fibromialgia es una enfermedad músculo esquelética, (Bauer, 2007), que se caracteriza por un dolor crónico y generalizado en los músculos y en el tejido fibroso. Su nombre se encuentra derivado del latín y griego, siendo una combinación de tres términos, “fibro” que es latín para tejido fibroso, “myo” que es griego para músculos y “algia” que significa dolor. (Shomon 2004; Wallace & Wallace 2002). Fue oficialmente confirmado como una condición legítima en 1987 (Moss 2008), y desde entonces su etiología es incierta (Waxman 2005) y no hay cura conocida. No obstante, se han encontrado indicadores relacionados a la enfermedad tales como deficiencias en el sistema neuroregulatorio, daño en memoria, vivencias traumáticas físicas (Ej. Abuso sexual), producción anormal de neurotransmisores, mayor o menor cantidad de receptores del dolor, entre otros (Pérez 2010).

La American College of Rheumatology (Hughes 2006) establece criterios diagnósticos específicos para esta condición: un dolor musculoesquelético, crónico y generalizado, presente durante mínimo tres meses en cada uno de los cuatro cuadrantes del cuerpo con ausencia de otra enfermedad sistémica causante del dolor y presentar al menos once de los dieciocho puntos sensibles o tender points. Los puntos sensibles al dolor, se pueden apreciar en la siguiente imagen.

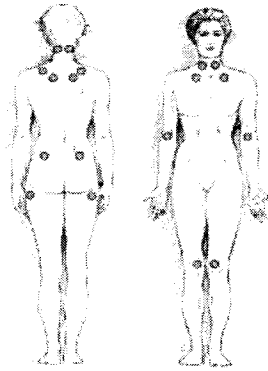


Figura 1. Puntos sensibles al dolor en el SFM.

Según estimaciones globales, este síndrome se diagnostica en un 2% de la población, usualmente entre la cuarta y quinta década, siendo seis veces más frecuente en mujeres que en hombres (*Hughes 2006*), y según evidencia global se estima que un 70% a 90% de la población que es diagnosticada con SFM sería mujer (*Hedberg 2009; Shommon 2004; Velkuru & Colburn 2009*). Otros datos importantes revelan que las personas que presentan el síndrome han sido atendidas, en promedio, durante 7 años y por 12 doctores diferentes antes de ser diagnosticadas formalmente.

Por su parte, Costa Rica carece de un estudio epidemiológico que identifique la cantidad de costarricenses que presentan el síndrome pero existen algunos datos preliminares. Vásquez (2003) comenta en su artículo que la fibromialgia afecta al 2% de los costarricenses, con ocho veces más prevalencia en las mujeres que en los hombres, en quienes los síntomas empiezan a manifestarse entre los 29 y 37 años. Esto indica que en Costa Rica el síndrome se presenta de manera similar a otros países, pero a menor edad y en todavía mayor porcentaje de mujeres, la cual es la población de la presente tesis. Este autor también comenta acerca de la Asociación de Fibromialgia, la cual funciona desde 1997 en el Hospital México y fue conformada por 160 personas diagnosticadas que se

dieron a la tarea de educar a la población sobre diversos temas relacionados con la dolencia. Calvo (2006) afirma que, de acuerdo con la información brindada por el Doctor García del Hospital México, se encuentran más de 180 mil costarricenses que presentan esta condición, siendo una de las principales causas de incapacitación laboral por enfermedades reumáticas.

Cabe resaltar que el SFM es oficialmente clasificado como un síndrome y no una enfermedad, debido a que es una colección de signos y síntomas que ocurren juntos pero no tienen una patología clara (*Fibromyalgia Facts 2006*). Se presentan como principales síntomas el dolor, la fatiga (cansancio y rigidez) y los trastornos del sueño. También, se asocia con ansiedad, depresión, problemas cognitivos, déficit de memoria y deterioro general en la calidad de vida, afectando “la esfera biológica, psicológica y social del paciente” (*Monteverde, Salvat, Montul y Fernández-Ballart 2004: 507*). Por lo tanto, se observa que el síndrome, aparte de presentar factores biológicos, se asocia a elementos psicológicos; los cuales pueden ser tratados desde esta disciplina.

Relacionado a ello, Schorr (2005) expresa que el SFM demuestra una interacción genuina entre mente y cuerpo, y que los pensamientos y emociones que la persona que presenta el síndrome tiene sobre su situación puede realmente influir en el desarrollo de su estado de salud.

Por su parte Miro (2003) ahonda en las emociones relacionadas con el síndrome, al igual que en otras enfermedades causantes de dolor crónico. El autor afirma que el dolor por sí mismo constituye una experiencia emocional desagradable que a su vez aumenta la tensión y el dolor. Al inicio del síndrome la ansiedad se encuentra relacionada con el

desconocimiento de causas y/o soluciones. Luego, el mismo autor comenta, que 50% de los pacientes llegan a padecer depresiones, por el sentimiento de incapacidad de resolver o entender el problema. A la vez, pueden presentar sentimientos de frustración e ira, que también pueden ser dirigidos hacia personas cercanas (familiares, amigos, pareja, etc.); lo que aumenta la desmotivación. Además, reitera que las emociones y las sensaciones físicas siguen un ciclo, o se encuentran interrelacionadas, pues el dolor “activará” las emociones correspondientes (ira, tristeza, frustración) y, a su vez, cuando la persona experimenta algunas de estas emociones se activarán las percepciones del dolor.

Waxman (2005) menciona que elementos como el estrés, depresión y ansiedad son factores que pueden mantener o empeorar los síntomas y Rubin (2005) expresa que el dolor es altamente subjetivo y es influenciado por las experiencias previas de la persona, y cuando el dolor es atípico, como el del SFM, usualmente causa confusión y frustración, en contraposición a un dolor orgánico y natural, que puede ser más fácilmente explicado y aceptado.

Además, existen estudios que presentan una conexión entre trauma emocional y el dolor del síndrome. Russell y Raphael (2008) han encontrado que entre un 75% y 85% de mujeres con SFM han experimentado algún tipo de trauma emocional tal como abuso físico o sexual en la infancia, o abandono de un cuidador primario. También se mencionan víctimas de violencia doméstica o abuso sexual en la adultez que presentan el síndrome (Lumley et al 2008)

Varios autores también comentan una alta probabilidad de que el síndrome sea una combinación de condición física y angustia emocional y que la mejor forma de tratar la

SFM es tratar al cuerpo y la mente (*Moss 2008; Scaer 2007; Turk 2008*). Esto nos indica que las emociones juegan un rol importante en las sensaciones corporales por lo que darles su espacio y trabajar desde ellas en el cuerpo, como se hace en la Focalización, podría llevar a resultados favorables y reducir el malestar en la percepción del dolor.

El enfoque terapéutico de este síndrome ha comprendido, principalmente, medidas farmacológicas, como analgésicos, antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptación de serotonina. También se incluyen terapias complementarias, frecuentemente buscadas por los y las pacientes (*Álvarez, Negreros, Nuño, Álvarez y Alcover 2006; Wall, Krypel, Miller y Rees 2007; Ko, Gottfried, et al 2005*) Algunas de las terapias complementarias más implementadas son ejercicios aeróbicos, tratamiento quiropráctico, acupuntura, dieta, relajación y suplementos dietéticos y/o herbales (*Moss 2008; Scaer 2007; Turk 2008*) En ocasiones, los diferentes tipos de psicoterapia son incluidos dentro de estas terapias complementarias. Se resalta que la Sociedad Americana de Dolor recomienda un tratamiento multimodal, en el cual se combine educación, terapia farmacológica, ejercicio y terapia psicológica (*D'Arcy 2005*). Para lo último, Miró (2003) comenta que el (la) psicólogo(a) tiene un rol de diseñar y aplicar programas de tratamientos acordes a las necesidades detectadas, fomentando la responsabilidad del paciente en su proceso de recuperación y percepción de la situación como manejable.

El abordaje psicológico de este síndrome suele responder a dos aspectos u objetivos actuar sobre la sintomatología de forma que los sistemas de regulación natural del dolor operen adecuadamente y, por otro lado, actuar sobre el impacto del síndrome en la calidad

de vida, ayudando a reconocer y adaptarse a la condición, y mejorar el afrontamiento de la persona con respecto al problema (Vallejo 2008).

Para el primer objetivo se han utilizado eficazmente las técnicas de biofeedback y neurofeedback (Vallejo 2008) y la hipnosis (Álvarez, Negreros, Nuño, Álvarez y Alcover 2006). En éstas se expone a la persona a actividad fisiológica relevante, centrándose en ella tal y cómo acontece, lo cual potencia un procesamiento basado en la experiencia. Aunque no se han encontrado investigación acerca de los efectos de la Focalización en el tratamiento del SFM, se puede observar que los primeros pasos de la técnica se asemejan: la persona debe prestar atención a su respuesta fisiológica, sus sensaciones corporales y la intensidad de éstas. Por lo tanto, la Focalización podría suponerse como una herramienta con efectos favorables para la disminución de la sintomatología. Vallejo (2008) menciona que estas técnicas ayudan a reducir el dolor, debido al aumento de actividad de ondas cerebrales de baja amplitud, alpha y theta y la disminución de onda beta, cuya amplitud es alta. Tomando esto en cuenta es de interés mencionar que Klagsbrun (2009) ha demostrado que en la Focalización se incrementa la actividad de ondas theta; por lo que posiblemente sea efectiva en el tratamiento del dolor.

Para el segundo objetivo, se ha implementado con resultados favorables, la terapia cognitivo conductual (Vallejo 2008; Quesada 2006) y la terapia de aceptación y compromiso (Vallejo 2008). Éstas procuran, que la persona recupere el control de su vida reconociendo su condición y el papel que tienen las emociones. También resalta los comportamientos relacionados con la calidad de vida, como la aceptación social, la reducción de la percepción de amenaza y el mantenimiento del dolor. La Focalización, al igual que estas terapias, le da un espacio al dolor o malestar generado en el cuerpo y trabaja



desde esas sensaciones. La técnica ahonda en emociones, sensaciones y significados subyacentes, con la finalidad de re-experienciar y transformar la situación de molestia y generar un cambio en la vivencia corporal. Esto podría propiciar una mejoría en la calidad de vida de quien utilice la técnica.

Por su parte, Carmona (2006) señala pasos que deben seguir los pacientes con este síndrome para tener un mejor control de su condición. Entre estos se incluye conocer sobre el propio dolor, los factores externos e internos que le afectan, definir sus actividades de acuerdo a sus condiciones físicas, realizar actividades para controlar la presión como ejercicio o relajación, cuidar las posturas corporales, generar pensamientos positivos, reconocer las emociones y comunicarse de forma asertiva con las personas allegadas. Es importante resaltar que en la Focalización se promueve un mayor auto conocimiento, se suscita un estado de relajación, se reconocen las emociones y se busca llegar a mayor auto empatía. Esto nos puede llevar a pensar que varios de los pasos necesarios para tener un mejor control del síndrome pueden promoverse por medio de esta técnica.

#### *Focalización y Síndrome de Fibromialgia*

Aunque existe implementación de la Focalización para el dolor crónico, no se encontraron estudios internacionales o nacionales sobre la implementación de la técnica en personas que presentan SFM. En Costa Rica, el abordaje psicológico que se ha brindado e investigado se centra en datos psicosociales e intervenciones cognitivo-conductuales.

Las investigadoras costarricenses Chaves y Hernández (2005), afirman que éste síndrome suele presentarse en mujeres que desarrollan síntomas relacionados a estados

emocionales. Lo cual, aunado a factores biológicos y de estrés, contribuye al surgimiento y la prolongación crónica del síndrome. Por su parte, desde la perspectiva médica no existe una concepción de causalidad de los eventos emocionales desencadenantes, sino de la habilidad personal para reaccionar ante éstas, pero desde una visión reduccionista, evidenciando discriminación y estereotipos de género:

*Las mujeres asocian constantemente su enfermedad y sus malestares físicos, con circunstancias que están viviendo (...) expresan sus malestares mediante quejas físicas (...) La fibromialgia como enfermedad es una excusa válida para externalizar el descontento emocional reprimido que no puede verbalizarse (Chávez y Hernández 2005:159)*

De esta forma, se ha sugerido que la fibromialgia podría ser una manifestación de malestares que no se expresan de otra forma más que con el cuerpo. Igualmente, parece evidenciar una relación significativa entre los síntomas y las experiencias emocionalmente dolorosas. Inclusive, desde esta visión reduccionista y posiblemente machista, se cree que la sintomatología “obliga o justifica” a que estas mujeres renuncien a “deposiciones” ideológicas de género, caracterizada por una incapacidad física que le impide realizar ciertas tareas “inherentes” asignadas a su condición de mujer. A pesar de que las investigadoras no comparten la visión mencionada anteriormente, estos hallazgos dirigen la atención a la práctica de la Focalización en mujeres con este síndrome, pues los estudios sugieren vinculación entre sintomatología y emociones, situaciones de estrés o experiencias de vida que se manifiestan en el cuerpo. En este sentido, focalizar es una herramienta alternativa que podría ser óptima para trabajar dichos aspectos desde el cuerpo, permitiendo que la persona desarrolle la habilidad para enfrentar lo que manifiesta su corporalidad.

La técnica de Focalización comprende ambos objetivos encontrados en los abordajes psicológicos empleados en pacientes con fibromialgia, mencionados anteriormente en este marco teórico. La Focalización trabaja con los sistemas de regulación, lo que puede actuar sobre la sintomatología; prestando atención al cuerpo y a la experiencia, modificando mapas sinápticos. También logra aumentar la actividad cerebral de ondas cerebrales de baja amplitud., lo que puede producir mejoría y/o disminución de síntomas propios del SFM. (*Ringwelski 2003; Klagsbrun 2009; Alemany 2006; McGuire-Bouwman 1999*). Al implementar la técnica es posible descubrir y revivir conexiones cognitivas y emocionales de las sensaciones corporales, dando paso a nuevas sensaciones de bienestar y una nueva vivencia corporal. Al decodificar mensajes o significados del dolor o sensación, se da una mejoría ya que el cuerpo ha sido escuchado. Esto propicia una recuperación en la calidad de vida, al permitir que las personas aumenten el control de sus vidas, descubran significados de los síntomas y logren así un cambio en su experiencia.

En general, la Focalización puede complementar las intervenciones médicas, las cuales por el momento son paliativas y dejan de lado la vivencia corporal de las mujeres. Esta herramienta puede ser practicada por psicólogos(as), personal de ciencias de la salud y los/las pacientes, de manera individual y por parte de una persona con entrenamiento. Por medio de esta técnica, la persona puede recuperar el poder sobre su salud y su cuerpo, lo que puede propiciar efectos positivos sobre la sintomatología y una mejoría en la calidad de vida.

#### *Focalización en Costa Rica*

La Técnica de Focalización fue introducida a Costa Rica por Robert Lee y Margarita Brenes a inicios del año 2000. Ellos enseñaron e incorporaron la técnica como

insumo terapéutico. En el año 2003 se obtuvo la primera promoción con la certificación del Instituto del Focusing de Nueva York. Los precursores iniciaron una comunidad de focalizadores en el país; actualmente existe un grupo que se reúne a focalizar en el sector de Escazú y otro en el sector de San Pedro de Montes de Oca. No se han encontrado estudios de Focalización en el país. (Sánchez 2011).

El estudio exploratorio realizado por Aguilar en el 2013 sobre el uso de Focusing como técnica de intervención terapéutica en el país, documenta cómo la técnica es incorporada en los espacios terapéuticos de los psicólogos certificados. Los resultados indican que puede utilizarse cuando el consultante tiene dificultad para explicar sus sentimientos, tienen el ego muy herido, la persona hace mucha introspección y la situación o asunto lo amerita. Asimismo, la técnica se utiliza con frecuencia con los consultantes y facilita la apertura hacia sí mismo, baja resistencias y promueve el relacionarse con el cuerpo de forma distinta. Al ser una herramienta no confrontativa facilita una apertura, el proceso de cambio es más rápido y se practica el amor hacia sí mismo y la auto empatía. En personas muy racionales puede funcionar, porque puede darles la oportunidad de aproximarse forma diferente, más algunos profesionales entrevistados en este estudio también comentaron que:

*No todo el mundo puede hacer Focusing, porque para focalizar se necesita tener una sensibilidad de mirar hacia adentro, explorar internamente todas las sensaciones lo que llama Gendlin (sensaciones sentidas en el cuerpo)" (Aguilar 2013: 81)*

En general el Focusing en Costa Rica ha sido poco investigado. Sin embargo, actualmente existe un grupo que se reúne a focalizar en el sector de Escazú y otro en el sector de San Pedro de Montes de Oca, es decir hay un interés y una afinidad por esta

técnica que ya ha sido utilizada desde el año 2000. Por ello, el propósito del presente estudio es aportar a la comunidad científica nacional e internacional al investigar alcances y limitaciones de la técnica de Focalización en dos mujeres costarricenses con Síndrome de Fibromialgia.

## **CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son algunos alcances y/o limitaciones de la técnica de Focalización (Focusing) en mujeres diagnosticadas con Síndrome de Fibromialgia?

### **OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

Describir algunos alcances y/o limitaciones de la técnica de Focalización (Focusing) en mujeres diagnosticadas con Síndrome de Fibromialgia.

#### **ESPECÍFICOS**

1. Evidenciar el impacto en la conciencia corporal.
2. Establecer diferencias en la percepción y vivencia corporal, al descubrir conexiones entre las manifestaciones físicas, las emociones y las cogniciones.
3. Determinar cambios en frecuencia, intensidad y vivencia de la sintomatología.
4. Documentar la evolución en la calidad de vida.

## **CAPÍTULO IV: MÉTODO**

La Focalización proviene de un enfoque epistemológico humanista y experiencial de la psicología. Por ende, la metodología que se utiliza para abordar la temática es fenomenológica, con un diseño de estudios de caso único, que subraya la importancia del proceso individual. Al plantearse desde un paradigma fenomenológico la vivencia en la investigación es primordial, la relación entre investigadoras y participantes es subjetiva y ambas tienen un rol activo en interpretar la vivencia.

Para la recolección y análisis de datos se incluye un abordaje principalmente cualitativo con elementos cuantitativos. Para la recolección de datos se realizan entrevistas, observación y cuestionarios. Existe coherencia en esta metodología multimodal porque todos los instrumentos y análisis se centran en la vivencia y experiencia, lo que permite una visión integral del proceso. Se realiza triangulación para validar y consolidar los resultados, es decir, se integra la información proveniente de la experiencia directa de las participantes, la experiencia de las investigadoras y de la interacción entre investigadoras y participantes, logrando así una mejor comprensión del fenómeno.

### **TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación tiene un alcance descriptivo, porque su propósito es la ubicación y descripción de las categorías de estudio y la evolución que éstas presenten. Se plantea un enfoque multimodal (principalmente cualitativo) pues se busca comprender integralmente la vivencia y realidad subjetiva de las mujeres diagnosticadas con SFM, antes y después de las sesiones de Focalización. Para dichos efectos, se hace uso de instrumentos

no estandarizados como las entrevistas y la observación. A su vez, se realiza recolección y análisis de datos por medio de cuestionarios que arrojan datos cuantitativos, procurando así someter a prueba la hipótesis planteada.

Cabe resaltar que la hipótesis que se plantea en la investigación es la siguiente: La Focalización promueve una vivencia corporal diferente en las mujeres con Síndrome de Fibromialgia, lo cual propicia una mejoría integral y progresiva en la sintomatología y las implicaciones en la calidad de vida.

Las categorías de este estudio son la Focalización, el Síndrome de Fibromialgia, la vivencia corporal y la calidad de vida de las participantes:

La *técnica de Focalización* es la categoría de estudio de tratamiento, se refiere a la introducción de esta técnica en un momento dado, para conocer sus alcances y/o limitaciones en las mujeres participantes del estudio.

El *Síndrome de Fibromialgia (SFM)* presenta como indicadores (o sub-categorías) los síntomas que lo caracterizan: dolor generalizado, fatiga (cansancio y rigidez), trastornos del sueño, ansiedad, depresión, problemas de memoria, y un deterioro general de la calidad de vida, todo esto desde la perspectiva de la persona que tiene el síndrome. Es una categoría de estudio cuantitativa continua, pues los parámetros con que se ordena y evalúa son la frecuencia e intensidad.

La *vivencia corporal* presenta como indicadores la conciencia y percepción que presentan las mujeres del estudio con respecto a su cuerpo; el “cuerpo vivido” que ellas experimentan. Esta es una categoría de estudio cualitativa ordinal, que puede expresar distintas cualidades pero no es posible obtener una valoración numérica lógica entre los valores en los que se encuentre. Además es una categoría mediadora entre la Focalización y



el SFM. Esto debido a que se hipotetiza que cambios que se presenten en el síndrome no serán en función, ni causa directa, del Focusing, sino que media la vivencia corporal. Es decir, el cambio que se promueve con la técnica está facilitado por el trabajo en y desde el cuerpo, y en la vivencia corporal. A partir de este cambio en la vivencia corporal es que se cree que pueden presentarse mejorías.

La *calidad de vida* se refiere a la percepción y sensación que presentan las participantes del estudio en cuanto al bienestar general en su vida. Esta es una categoría de estudio cualitativa ordinal, que puede expresar distintas cualidades pero no es posible obtener una valoración numérica lógica entre los valores en los que se encuentre. La categoría presenta como indicadores el autoconcepto, autoestima, relaciones interpersonales y vitalidad para realizar actividades laborales y de ocio.

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación tiene un diseño de investigación de estudio de caso único, el cual es pertinente cuando se introduce una técnica o modelo clínico. En esta investigación no se manipulan deliberadamente variables, sino que se valoran características presentes en una situación ya existente, en este caso: el Síndrome de Fibromialgia, la vivencia corporal y la calidad de vida de las participantes.

Además, es un diseño transversal descriptivo ya que “se describen (...) dos o más categorías o conceptos en un momento determinado” (Hernández, Fernández, Baptista, 2003: 274). Se describe la evolución de las situaciones en un periodo determinado a partir de la implementación de la técnica de Focusing. Solamente se pretende estudiar cómo evolucionan las categorías de estudio y posibles relaciones entre ellas en ese momento, sin

pretender conocer sus cambios en un tiempo posterior. La introducción de esta técnica crea un cambio en las condiciones iniciales y aunque esta técnica es introducida por las investigadoras intencionalmente, el estudio no cumple con los criterios de situación experimental, pues, constituye simplemente la introducción de una técnica terapéutica. Esta técnica será implementada durante diez sesiones, retomando a Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen & Nielsen (2009), quienes encontraron que el cambio clínicamente significativo en las personas es satisfactorio a las ocho o diez sesiones y no cambia significativamente a mayor cantidad.

El diseño de investigación, al ser estudio de caso único, propone retomar el proceso individual. Esto es pertinente para evaluar el desempeño o estado de las categorías de estudio en el tiempo en el que se utiliza la técnica. Se presentan varios momentos de recolección y análisis de datos (antes, después y durante la vivencia con la Focalización). Esos cambios a través del tiempo constituyen la base para arrojar inferencias de los alcances y/o limitaciones de la técnica (*Kazsdin & Tuma 1982*). Cabe resaltar que las implicaciones de la Focalización son reflejadas en el mismo sujeto a través del tiempo; las participantes son sus propios controles y puntos de comparación en cuanto a los niveles de desempeño (*Kazsdin et al. 1982*).

La ventaja de este diseño es que permite combinar la investigación con la introducción de una técnica, y retomar el proceso terapéutico que puede tener el método. Esto facilita la identificación del grado de impacto y percepción personal de cada uno de los casos, como unidades en sí mismas y en varios momentos del estudio.

## **PARTICIPANTES**

En el presente estudio, las participantes son dos mujeres adultas diagnosticadas con SFM, que forman parte de la Asociación de Fibromialgia de Costa Rica. Se cree conveniente esta cantidad de participantes, debido al tiempo y complejidad al implementar la técnica y en la recolección, procesamiento y análisis de información antes, durante y después del proceso de vivencia con la Focalización. Se selecciona entonces una muestra no-probabilística al ser un estudio de casos, N=1.

Los criterios de inclusión para las participantes son los siguientes:

1. Mujeres, pues el SFM se presenta más frecuentemente en el sexo femenino.
2. Diagnóstico de SFM por un especialista apropiado, al menos hace 2 años; tiempo prudente para haber asimilado el diagnóstico y su impacto en la cotidianidad.
3. Recibir información y apoyo en la Asociación de Fibromialgia por motivos de ubicación y contacto de la población de manera que no atente contra su privacidad.
4. En un rango de edad de 30-70 años, por ser un lapso en el que suele diagnosticarse el SFM y porque es más frecuente en este rango etéreo.
5. Estar de acuerdo con la grabación en video de las sesiones de Focalización y las entrevistas en audio. Las anteriores actividades con fines investigativos, por lo tanto se cuenta con la confidencialidad y el manejo ético requerido.
6. Con un nivel mínimo de alfabetización de primaria, lo cual posibilita la lectura y escritura de los instrumentos de auto-reporte.

Los criterios de exclusión para las participantes de investigación son los siguientes

1. Problemas del desarrollo, discapacidad y/o trastornos psicológicos significativos.

2. Cualquier otro diagnóstico actual de enfermedad sistémica u otro síndrome causante del dolor generalizado, aparte del SFM, incluyendo enfermedades reumáticas (polimiositis, dermatomiositis, osteoporosis, osteomalacia, lupus, síndrome de fatiga crónica), no reumáticas (hiper/hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, miopatías inflamatorias, hipocalcemia, hipokaliemia, tumores malignos, enfermedad de Parkinson) y otras (artritis, infecciones musculares, sida, síndrome de dolor miofacial).
3. Embarazo.
4. Uso anterior de la técnica de Focalización.

Se incluye que las participantes, por su vivencia con el síndrome, presentaran la siguiente situación (sin ser particularmente un criterio de inclusión o exclusión):

1. Recibir y utilizar al menos un tratamiento o terapia para el síndrome: psicoterapia, terapia física, tratamiento farmacológico y/o médico.

#### TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Con la intención de recolectar información referente al alcance de la Focalización en mujeres con SFM y conocer su impacto en la sintomatología, vivencia corporal y calidad de vida, se utilizan técnicas e instrumentos en diferentes momentos de la investigación.

Para la evaluación inicial se utilizan dos instrumentos: El Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (*S - FIQ*) (Ver Anexo 2) (*Burckhard, 1994; Monterde, Salvat, Montull & Fernández-Ballart 2004*) y una entrevista semi-estructurada, creada por las investigadoras, con el fin de conocer la historia, contexto y cotidianidad de las participantes.

El S-FIQ es un instrumento de auto-reporte diseñado para cuantificar el impacto global del síndrome en la vivencia de las mujeres, retomando varias dimensiones (funcionalidad, percepción de dolor, rigidez y fatiga, trastorno del sueño, depresión, ansiedad y capacidad de trabajo remunerado y doméstico). Ha sido traducido y validado en once idiomas y su formulación original fue en el idioma inglés. La traducción del FIQ a la lengua castellana fue realizada por un traductor oficial en España. Luego, se dio nuevamente la traducción al inglés por otro traductor independiente, quien comparó y finalmente reelaboró el documento (Monterde, Salvat, Montull & Fernández-Ballart, 2004). Estos autores exploraron su validez en España, con 41 mujeres, siendo el valor del coeficiente de correlación intraclase total de 0,81 para el S-FIQ. Este alto coeficiente de correlación intraclase sugiere una elevada fiabilidad del S-FIQ.

La entrevista semiestructurada, creada por las investigadoras, ahonda en la experiencia cotidiana del síndrome, procurando conocer el impacto de los síntomas, la calidad de vida y la vivencia corporal de las mujeres. Para este instrumento se integran preguntas basadas en la escala “The Grindler Body Attitudes Scale” (*Doralee Grindler-Katonah 2000*). Esa escala cuenta con treinta ítems y fue elaborada en un estudio de mujeres con cáncer para ahondar en actitudes en relación al cuerpo después de la enfermedad. Su validez se evaluó correlacionándolo con el Secord and Jourard Body Cathexis Scale, y resultó que la confiabilidad es de un coeficiente de alfa de Cronbach .88 que demuestra su consistencia. Debido a que la entrevista incluye otras preguntas creadas por las investigadoras, para efectos de validez y confiabilidad se realiza grabación en audio y transcripción de cada una. También se realiza un estudio piloto de los instrumentos a

utilizar en la evaluación inicial, con una mujer que presenta las mismas características de la población. (Ver Anexo 7).

La evaluación durante el proceso se refiere al momento de implementación de la Focalización. Esta técnica se realiza en 10 sesiones, con la siguiente modalidad:

- *Despejar el espacio*: la investigadora pide a la participante ubicarse en el espacio de forma que se sienta cómoda, le invita a cerrar los ojos si así lo desea y se realiza una relajación y respiración profunda, invitando a la participante a prestar atención a las diversas sensaciones que puedan surgir del cuerpo, asegurando repasarlo y sentirlo por completo.
- *Sensaciones sentidas*: la investigadora pregunta a la participante por sensaciones que llamen su atención (o bien la participante comenta sobre ello sin necesidad de solicitárselo). Si surgen sensaciones vagas o difíciles de describir la investigadora hace preguntas y reflejos, de comunicación verbal y no verbal, para facilitar que la participante identifique una sensación o asunto a trabajar desde el cuerpo.
- *Asideros*: al identificar una sensación a profundizar, la participante la describe por medio de uno o más asideros (texturas, frases, melodías, imágenes, olores, palabras, entre otros). La investigadora profundiza en lo que la participante comenta y continúa realizando reflejos de comunicación verbal y no verbal.
- *Resonancias y sensaciones sentidas*: al describir la sensación y profundizar en ella, la investigadora indaga sobre lo que resuena en la participante, al hacer uso del asidero. Es decir, la facilitadora pregunta a la participante si de este asidero surge alguna sensación, vivencia, recuerdo, etc. En ello la investigadora tiene un rol importante en centrar la atención en el cuerpo, las emociones, y explorar

internamente. A partir de las resonancias pueden surgir diversos asuntos, y la participante escoge si desea profundizar y trabajar alguno en la sesión.

- *Profundizar en las sensaciones sentidas:* Se expanden las resonancias, de forma que la investigadora y participante ahonda y profundiza en las conexiones que se descubren entre la sensación y emociones, sentimientos, pensamientos y vivencias que surgen. La participante siente y vive estas resonancias en la sesión, comentando sobre los diversos asuntos que surgen, y la investigadora escucha activamente y hace reflejos para guiar el proceso.
- *Accionar:* Al profundizar en los asuntos y sensaciones sentidas, la investigadora consulta a la participante qué puede necesitar el cuerpo para sentirse mejor. Esto puede ser un movimiento, una imagen a visualizar o una acción específica a realizar en y/o fuera de la sesión. En este accionar la investigadora le pide a la participante prestar atención de su cuerpo y describir lo que siente, buscando así expresar y reconocer el impacto que el proceso ha tenido en el cuerpo y la persona.
- *Recibir y Aceptar:* Se finaliza la sesión cuando la participante considere que sea pertinente, y exprese que ya no hay más que desee profundizar. La investigadora guía a la participante para que agradezca al cuerpo, recibiendo y aceptando lo vivido, sin juicios o cuestionamientos. Puede que la participante finalice con sensaciones de bienestar o con una sensación y declaración de auto-empatía ante lo difícil de la sensación o asunto vivido en la sesión.

Durante este proceso uno de los instrumentos de evaluación es un cuestionario cualitativo de auto-reporte. Éste se aplica cada dos sesiones para ahondar en el proceso vivencial y experiencial al utilizar la técnica, dando tiempo para asimilar lo vivido. El

cuestionario es creado por las investigadoras basándose en el Post Focusing Questionnaire (*Wolf y Vandebos 1976*) y el Post Focusing Questionnaire-2 (traducido al español por *Alemany*). Consiste en ocho preguntas abiertas de respuesta breve.

Durante el proceso, las sesiones se graban en video, con el fin principal de documentar el proceso. Esto debido a que solamente una de las investigadoras estará en la sesión, y de esta forma la otra investigadora puede observar aunque no haya estado presente en la sesión. También sirve para que el comité asesor pueda realizar sugerencias a las investigadoras sobre el desempeño que están teniendo al vivenciar la técnica.

Estos videos también ayudan a evaluar características relacionadas al contenido de las sesiones (para no basarse solamente en anotaciones, y para que ambas investigadoras puedan evaluar). Para tal valoración cada sesión en video es evaluado por la investigadora acompañante y es validado y consensuado con la segunda investigadora, a partir de la Escala Experiencial (*Alemany 1997*) que es una escala de observación específica para el Focusing. Esta escala fue creada originalmente por Gendlin para medir desde que nivel habla el cliente en la terapia y desde ahí poder pronosticar la rapidez y la evolución del cambio terapéutico (*Gendlin 1999*). Cabe resaltar que la información de los videos no se transcribe o sistematiza como tal; se utiliza solamente como una referencia para la evaluación contra la escala mencionada, y para que el comité asesor pueda dar sugerencias para mejorar el desempeño de las investigadoras con la técnica.

En cuanto a los criterios de validez y confiabilidad, la evaluación durante el proceso está a cargo de las dos investigadoras y es supervisada por el equipo asesor (directora y lectoras). Por lo que después de las sesiones, las dos investigadoras evalúan con la escala



el video, aunque solamente una de las investigadoras haya estado presente en la sesión. Igualmente, durante el proceso las investigadoras llevan un diario de campo/ bitácora por sesión. En estos apuntes, se plasman sus interpretaciones, sensaciones, emociones e inquietudes. Éste es compartido con el equipo asesor para propiciar un mejor desempeño en las sesiones. En esta evaluación también se realiza un estudio piloto de la Focalización y de los instrumentos a utilizar en la evaluación del proceso, con la mujer que fue parte de la validación de los instrumentos de la evaluación inicial.

Para la evaluación final, se utiliza de nuevo el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Ver Anexo2) para valorar, después de la Focalización, el impacto global del síndrome en la vivencia de las mujeres. Así mismo, se realiza una entrevista semi-estructurada, creada por las investigadoras. Esta entrevista contiene preguntas de la entrevista inicial pero también incluye otras preguntas nuevas, basadas en el Client Change Interview Protocol (*Elliot, s.f*), que ahonda en la percepción y experiencia de las mujeres con la técnica de Focalización, con miras de integrar la información, para así evaluar y cerrar el proceso. Igualmente, se realizara un estudio piloto de estos instrumentos con la mujer seleccionada para ese proceso alterno de validación.

## **PROCEDIMIENTO**

### **Fase 1**

Se ubican las participantes en la Asociación de Fibromialgia de Costa Rica, haciendo una invitación abierta, con notificación a los(as) directores(as) de la organización. Las mujeres son escogidas, según criterios de selección. Se otorga el consentimiento informado y se aclaran dudas. Además, se realiza un estudio piloto con una mujer que

presenta las mismas características de las participantes. Cabe resaltar que ambas investigadoras se someten a un proceso de entrenamiento en Focalización previo a la investigación, facilitada por su equipo asesor, el cual cuenta con dos profesionales acreditadas por el Focusing Institute de New York.

## **Fase 2**

Se contacta a las participantes para recolectar datos e implementar la Focalización. En un primer momento se realiza la evaluación inicial, aplicando el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia y la entrevista estructurada (grabada en audio) a cada participante por separado. Seguidamente, se implementa la Focalización, durante 10 sesiones. Mientras transcurre este lapso (10 sesiones), se incluye cada dos sesiones el Cuestionario Post-Focusing y las investigadoras realizan evaluación de cada sesión por medio de la Escala Experiencial. Luego, al finalizar, se aplica de forma individual el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia y se realiza una entrevista semi-estructurada. Por ende, se efectúan tres fases en la recolección de datos, individualmente con cada una de las participantes.

## **Fase 3**

Se realiza el análisis de datos cuantitativos y de la información cualitativa. Se emplea un análisis intracaso y triangulación. De esta forma, se identifican resultados significativos, hallazgos relevantes y se hace comprobación de la hipótesis. Para esto, ambas investigadoras trabajan por separado y luego en conjunto revisan todos los datos obtenidos. De esa manera, se busca validez y consistencia en la interpretación, se procura describir a profundidad las categorías de investigación y señalar las posibles relaciones entre éstas. Se plantean conclusiones y se proporcionan recomendaciones.

## ANÁLISIS DE DATOS

Esta investigación plantea un diseño de estudio de caso único y una metodología multimodal. Cada caso es visto como una unidad en sí misma por analizar y se profundiza en las características de cada caso por separado.

En el análisis de datos cuantitativos, se utiliza la información referente al Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia. Para el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, se puntúan los resultados totales retomando que a mayor puntaje, mayor impacto del síndrome en la persona. El puntaje total tiene un máximo de 100, siendo el promedio entre 50 y de 70 en pacientes severos. El cuestionario presenta diez ítems, siendo el segundo ítem el único que se puntúa de forma inversa. Obtenidos estos puntajes se toma en cuenta las frecuencias de cada participante (el puntaje total en la escala) y se valoran las diferencias entre los puntajes de la evaluación inicial y la final del instrumento. Con lo anterior, se logra contrastar las medidas antes y después de la implementación de la técnica para cada participante.

En el análisis de datos cualitativos, se describe la información de la entrevista semi-estructurada, la escala de observación y el Cuestionario Post-Focalización.

Las entrevistas se registran en transcripciones de las grabaciones de audio. Estas transcripciones, los datos provenientes de la escala de observación y el Cuestionario Post-Focalización, se codifican y clasifican, agrupando la información en categorías conceptuales. La información de cada instrumento se analiza por aparte y cada caso por separado. Luego, se hace un análisis integrando las categorías y la vivencia de las

participantes y de las investigadoras en el proceso. Después, se contrasta la información obtenida, según el momento de la recolección de datos. De esta forma, en las entrevistas, se analizan semejanzas y diferencias entre el contenido de la entrevista final e inicial. En el Cuestionario Post-Focusing y las escalas observacionales se analiza igual, pero sesión por sesión, para luego contrastar con la entrevista final.

Luego, se pasa a la interpretación de datos de todos los instrumentos. Para ello se mantienen dos niveles de análisis: análisis intracaso (proceso de cada participante) y triangulación, es decir, se integra la información proveniente de la experiencia directa (Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, Cuestionario Post-Focalización), la del observador / investigadoras (escalas observacionales) y la producida en la interacción entre investigadoras y participantes (vivencia con la Focalización y entrevistas semi-estructuradas). Para esto, ambas investigadoras analizan e interpretan por separado y luego en conjunto revisan todos los datos obtenidos. Es así como se presenta validez y consistencia en la interpretación. Además, se cuenta con supervisión del comité asesor. De esta forma, se pretende analizar e interpretar distintas dimensiones del fenómeno, relacionando y estableciendo conclusiones entre ellas, para proporcionar puntos de partida para próximos estudios.

#### **PROTECCIÓN A LAS PARTICIPANTES**

Para procurar que durante la investigación las participantes estén informadas y no sufran ningún daño físico ni psicológico se cuenta con el consentimiento informado (Ver Anexos 1 y 6). En éste se explican características del estudio y derechos de las participantes. El anonimato y la confiabilidad también se encuentran dentro del encuadre.

Se le informa a cada persona que su participación es voluntaria y tiene el derecho de suspender la intervención en cualquier momento. A cada participante se le comunica que el estudio cuenta con diversos instrumentos y técnicas y que éstos serán administrados al inicio, durante y al final de las sesiones. Además, se les comunica que la información obtenida se analizará con el objetivo de aprender y detallar más acerca del Síndrome de Fibromialgia, y. conocer los alcances en la implementación de la Focalización en dicho síndrome.

Igualmente, se advierte a las participantes que no se asegura la obtención de ningún beneficio directo al implementarse la técnica. Empero, se les comunica que puede existir una mejoría. También, se notifican los posibles riesgos, molestias e inconvenientes al llevar a cabo la técnica. Además de posibles “incomodidades” al responder alguna de las preguntas de la entrevista o cuestionarios. Así como el riesgo mínimo a la pérdida de privacidad, al compartir esta experiencia con las investigadoras.

Para asegurar la privacidad de las voluntarias, se utilizan seudónimos o letras para identificarles, no se emplean sus nombres reales. Además, los datos del material grabado en video y audio son confidenciales. Por lo tanto, la información solamente es accesible a las investigadoras y comité asesor (directora y lectoras).

## **CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

En este capítulo se detallan los resultados y análisis de los casos. Cada caso se plantea como una unidad de investigación y en coherencia con la Focalización, por lo que se presenta una reseña de cada uno según los resultados obtenidos de los diversos instrumentos utilizados, haciendo énfasis en semejanzas y diferencias encontradas en la experiencia antes, durante y después de la vivencia con la Focalización

En correspondencia con la metodología fenomenológica planteada para la investigación, en este apartado se asegura reflejar la experiencia por completo, en todo el fenómeno, incluyendo la vivencia de la participante y de la investigadora (con citas, opiniones, interpretaciones de ambas, etc.). En este sentido la presentación de resultados tiene una esencia tanto etnográfica descriptiva como interpretativa.

En primera instancia se presenta una reseña breve de los resultados generales del caso, y luego se continúa con elementos relevantes de las entrevistas, sesiones, profundización según la Escala Experiencial, hallazgos del Cuestionario Post Focalización y los resultados del Cuestionario de Impacto de Fibromialgia. Se concluye con un análisis del caso, según la vivencia con la técnica y las categorías de investigación. Se resalta que la investigación no tiene como alcance comparar casos, por lo que el análisis se plantea para cada uno por separado. Por otra parte, los resultados se presentan con seudónimos para protección de la privacidad.

Por último, como parte de los resultados, se presenta una sección de la vivencia de las investigadoras. En ello cada investigadora presenta su experiencia en este proceso de

investigación, y esto es importante pues es parte fundamental de un estudio basado en metodología fenomenológica y cualitativa, donde la vivencia es esencial.

## **CASO EUGENIA**

Eugenia es una mujer diagnosticada con SFM hace 15 años, cuyo principal síntoma es el dolor, con mayor intensidad en la espalda, piernas y rostro. Sus principales métodos de afrontamiento son un relajante muscular y pastillas para el dolor, las cuales reducen los síntomas levemente. Por ello también realiza ejercicios y actividades distractoras que le permiten sentirse mejor. Durante las sesiones de Focalización la participante presenta estos síntomas de dolor y malestar corporal, aunque no siempre en los lugares de mayor intensidad mencionados anteriormente. Al finalizar cada sesión los síntomas presentados se reducen e incluso, en algunas ocasiones, desaparecen. La participante reporta que en otros días en que no realiza la técnica los síntomas se mantienen y en el mismo nivel de intensidad que siempre.

En general Eugenia es una mujer con mucha vitalidad, que se mantiene activa y realiza muchas actividades de auto-cuido, tales como ejercicios, cursos, lectura, entre otros. Ella durante las sesiones demuestra esta vitalidad y participación activa, y al final del proceso comenta haber aumentado estas actividades de auto cuidado, e incluso ha decidido después del proceso invertir por lo menos un día de la semana por completo a ella misma.

Ella presenta al inicio del proceso un auto-concepto y autoestima negativo, y referido externamente. Es decir, ella se describe a sí misma principalmente según lo que otros(as) piensan o comentan de su persona, y estos descriptores son negativos, ej. “seria,

dura” “poco expresiva”, “poco atractiva”. Durante las sesiones ella profundiza en la visión que posee de sí misma, ahondando y reflexionando sobre su carácter y personalidad. Después de las sesiones ella se describe a si misma de manera mucho más positiva, y desde lo que ella percibe y considera de sí misma.

La participante al inicio del proceso se relaciona principalmente con su núcleo familiar, y demuestra una interacción difícil y compleja con su madre debido a que tuvo un derrame cerebral, que la ha inmovilizado. Por ello la relación de Eugenia con su madre es de cuidadora y ella incluso registra que el momento de mayor dolor del SFM es cuando está cuidando a la madre. Durante las sesiones, el asunto que más se presenta y se trabaja es el de la vivencia con la madre, y se expresan emociones como frustración, enojo, decepción, ante la situación. Se re-significa y se profundiza en este asunto durante las sesiones, a partir de sensaciones corporales que le permiten descubrir a Eugenia su necesidad de mayor acercamiento con su madre. Después de las sesiones la participante expande sus relaciones, de forma tal que ahora no solamente interactúa con su núcleo familiar, sino con otros familiares más lejanos y amigos(as) nuevos(as) de los cursos a los que asiste. Además presenta una relación más sana con su madre, y comenta buscar momentos en que ella se encuentre lúcida para poder compartir, más allá de solo los momentos en que la cuida. De hecho, después de las sesiones el momento del cuidado de la madre no se registra como el de mayor dolor con el SFM.

Al iniciar el proceso Eugenia considera que su cuerpo es importante externamente. Es decir, es la imagen que los(as) demás ven y es ahí donde otros(as) pueden observar su salud. Ella demuestra un fuerte interés en que las demás personas no perciban el síndrome



en su cuerpo, ni reconozcan que ella siente dolores o malestares corporales. En este sentido su relación con su cuerpo es de lucha, y ella busca formas y métodos para acallar e ignorar lo que el cuerpo siente, pues las sensaciones que en él se presentan son molestas. Durante las sesiones la participante tiene un proceso diferente de relación con su cuerpo, pues la técnica le permite escuchar, en vez de acallar, los malestares, e incluso profundizar y transfórmalos en sensaciones de bienestar y/o auto empatía. Al escuchar al cuerpo ella logra descubrir conexiones emocionales, pensamientos, y vivencias que anteriormente no había reflexionado. Al final del proceso ella es más consciente de su cuerpo y de las sensaciones que en él se presentan. Aun cuando todavía su primer impulso es el de luchar contra el dolor, ahora es consciente de la importancia que tienen estas sensaciones, llega a expresar que el cuerpo le brinda un mensaje en estos malestares, y al finalizar el proceso le da un lugar al cuerpo mucho más positivo y protagónico en su vida

### *Entrevista inicial*

En la entrevista inicial se llega a conocer a Eugenia, quien es una mujer en un rango de edad de 60-70 años, soltera, profesional en el área de comunicación, actualmente jubilada. Se logra observar que su profesión la define, especialmente en su forma de comunicarse. Es elocuente, detallada en su discurso y es de importancia para ella que la otra persona logre entender lo que está diciendo y pueda demostrar su conocimiento. A la investigadora esto le permite tener más información, pero en ocasiones la frustra en el proceso pues debe re-direccionar continuamente a Eugenia para que conteste lo específica de las preguntas que se le realizan. En general la investigadora siente que Eugenia tiene una clara idea de lo que quiere responder, y ahonda mucho en los detalles.

Eugenia en la primera entrevista se describe a sí misma como una persona que otros(as) ven “dura” y comenta que sus características coinciden con lo que ella conoce del síndrome de Asperger. En ese momento la investigadora busca asegurarse que no haya sido en efecto diagnosticada con este síndrome y descubre que lo que comenta la participante es a partir de lo que otras personas le han dicho con respecto al Síndrome de Asperger, e incluso que le han comentado que se asemeja a su personalidad.

Siguiendo el ejemplo del Asperger, la participante se refiere a que es de ideas fijas, no es expresiva, y se aleja de los(as) demás. De manera general se observa que Eugenia se expresa de si misma principalmente con descriptores negativos y cuando se ahonda en sus fortalezas su primer comentario refiere a que no se ha realizado un “FODA”. Esta es una respuesta que la investigadora no se esperaba e incluso la “saca de contexto”. Entonces la investigadora ahonda más en esas fortalezas y la participante comenta ser responsable, estudiosa y honesta. Aun cuando se está hablando de fortalezas la participante en ese momento menciona ser “vaga” y que le gustaría mejorar su carácter para enojarse menos, y poder ser más tranquila y condescendiente con las demás personas.

En general ella se muestra como una mujer enérgica, que le gusta estar activa, por lo que todos los días tiene por lo menos una actividad fuera de su casa: *“Tengo que estar haciendo algo. No puedo estar sin hacer nada.”*. A su vez, ella resalta lo importante que es el tiempo en el que se encuentra sola, y expresa que lo que más le gusta es leer. Es relevante mencionar que Eugenia expresa que cuando ella se encuentra estudiando o leyendo, no se presentan síntomas de Fibromialgia. De hecho cuando está realizando actividades de auto cuidado o de disfrute en general, su expresión de los síntomas es menor.

Con respecto a las relaciones interpersonales, la participante tiene interacción principalmente con su núcleo familiar más cercano - su mamá, su hija y su hermana - y en menor escala con compañeras de los diversos cursos a los que asiste. Un elemento importante de sus relaciones interpersonales y su calidad de vida es la vivencia con su madre, quien se encuentra sin posibilidad de movilizarse por sí sola debido a un derrame cerebral. Por este suceso la participante debe estar atenta de su cuidado en manera constante. Además, ella menciona que el momento en que más dolor presenta de la Fibromialgia es cuando debe bañar a la madre, y en general cuando cuida de ella.

*Yo participo porque me gusta... participar en el baño de ella y llevarle todo, pero si yo pudiera no hacerlo; no lo haría... pero no por estar con ella sino es que siento que el dolor es tan fuerte, tan fuerte verdad y entonces ella está, así: no se mueve verdad, entonces hay que levantarla; a pesar que tenemos grúa y una serie de cosas que hemos ido haciendo, igual a veces hay que alzarla, moverla para allá. A pesar de que hemos recibido cursos para personas encamadas, a veces di en realidad yo no nací enfermera entonces igual, tal vez no actúo con el protocolo correcto de manejo del paciente. Entonces yo estoy sobre mami y de repente tengo que incorporarme porque yo siento que grito.*

Para la investigadora esto es un elemento sumamente importante, pues se empieza a deslumbrar que existe una relación entre la emocionalidad (positiva o negativa) que la participante tiene en una actividad y las sensaciones corporales que presenta. Si bien para este momento aún no es concluyente, la investigadora tiene, en esta parte de la entrevista, la intuición de que este asunto específico (la vivencia con la madre) va a ser un elemento central en las sesiones.

Eugenia fue diagnosticada con Síndrome de Fibromialgia en 1998 por dos doctores, un reumatólogo y un ortopedista. Ella comenta que presentaba ya diversos síntomas 2 años antes del diagnóstico, pero con un nivel de intensidad que considera bajo o medio (mientras

que el actual sería medio-alto). La revisión médica de la participante, que luego conllevó al diagnóstico, se debió a una “crisis”, en la que se presentó un dolor intenso que dejó a la participante imposibilitada para caminar en ese momento:

*(...)Me engarroté y me ataqué a llorar porque no podía caminar y me senté en la orilla de la acera con un compañero; ahí atacada porque yo decía “no puedo caminar”. Entonces a partir de ahí me hicieron una serie de exámenes porque creyeron que era un problema de la columna vertebral o bueno, un problema de reumatología. Entonces yo imaginé que podía ser eso, me hicieron cualquier cantidad de exámenes, pero te hablo como 2 años, y ya nos dijeron que era síndrome de fibromialgia.*

La participante comenta como principal síntoma el dolor que recorre todo su cuerpo y que frecuentemente es de mayor intensidad en piernas, espalda y cara. Eugenia explica que se siente como un ardor rápido: *“los dolores son como cuchillos pero en el momento en el que me quejo ya me ha pasado.”*

Adicional a estos síntomas, la participante presenta bruxismo que le acentúa los dolores que tiene en el rostro y menciona que debido a estas molestias en el rostro fue diagnosticada con Síndrome de Fibromialgia en una segunda ocasión. En ese momento ella sintió una protuberancia en su rostro y buscó un especialista maxilofacial:

*Ya me hacen todas las placas y los exámenes en la cara y no sé cuántas cosas. Y ya me dice el doctor “no señora mire no tiene nada malo, no es ningún tumor, no es esto, no es lo otro; lo que pasa es que usted cuando duerme...” Y comienza el cuento a describirme y llega y me dice “usted lo que tiene es una cosa que se llama fibromialgia”. Y le digo yo ¡Ay no! Entonces me dice: “¡No tranquila!, eso no es nada del otro mundo.”. “¡No, no!”, le digo yo, “es que de eso padezco” le digo yo “¿cómo es posible que me diga que...?” Y me dice: “Ah, es que la tiene en la cara”*

En este momento la investigadora reconoce que este diagnóstico fue más “real” para la participante que el primero. Es decir, es aquí donde se le confirma el síndrome, y la

participante reconoce e interioriza que el síndrome es la única “razón” que hay detrás de todas sus sensaciones y malestares corporales.

Por otra parte, su reacción ante el diagnóstico fue de alivio pues previamente sentía ansiedad al no tener claridad de lo que le sucedía, y comenta que al tener este conocimiento ella podía explicar sus malestares, y continuar con sus actividades. Como ella misma menciona, el diagnóstico “*me empoderó y no le di importancia a los dolores*”. Eugenia menciona reiteradas veces en la entrevista haber estudiado e investigado el síndrome, y que a partir de este conocimiento afronta la situación, procurando olvidar, negar o aguantar síntomas. Esto se acentúa al estar con otras personas pues procura no quejarse de sus síntomas con los(as) demás. Esto demuestra una vivencia corporal de lucha contra los malestares del cuerpo, rechazando y “acallando” sensaciones. Se resalta que para el momento que Eugenia enfrenta un segundo diagnóstico del SFM, ella ha interiorizado que es algo de lo que “*padece*” y que es parte de quien es como persona. En este sentido, se reconoce que un segundo diagnóstico le reafirma que sus malestares corporales provienen de una “*enfermedad*” y que pueden ser explicados sólo en este sentido.

En cuanto a la calidad de vida con el SFM, en la primera entrevista Eugenia comenta que el síndrome le impacta su relación consigo misma, al ponerle límites que la hacen depender de otros(as), y expresa miedo por lo que le puede afectar en el futuro en este sentido. Se observa que para ella es muy importante que los(as) demás no noten su malestar, y que no haya un cambio en su vida o actividades por el SFM.

Por otra parte, Eugenia no considera que el síndrome le haya afectado su vida laboral, académica, tiempo de ocio, relaciones interpersonales o emociones y sensaciones

en general. No obstante, la investigadora puede observar en lo dicho en entrevista que la participante ha tenido que realizar esfuerzos por mantener su calidad de vida, deteriorando su consciencia y vivencia corporal, pues rechaza continuamente sus sensaciones corporales:

*Investigadora: ¿Su tiempo de recreo, de recreación, se ve afectado?*

*Eugenia: (...) No me afecta pero ahí está el dolor verdad. Ir a una piscina, no donde voy a nadar, yo tirada y recibiendo sol (...) y obviamente tengo algunos dolores en mi cuerpo. Pero no me inhibe.*

Relacionado con esto, la participante llega a expresar en la entrevista una conexión entre sus malestares corporales y la inactividad, considerando que una de las causas del síndrome es el haber trabajado en una labor que no le exigía mucha energía: *“Me fui enfermando de mi estómago y de la fibromialgia porque yo me sentía mal de estar total y absolutamente desocupada. Recibía un salario por el que yo no hacía nada.”* Cabe resaltar que los síntomas se mantienen sin importar la actividad, pero que la participante presenta o relaciona un mayor nivel de éstos en situaciones que no le agradan y percibe menos o los considera a un menor nivel cuando está realizando una actividad de su agrado.

La investigadora también observa que la participante presenta un impacto negativo en sus relaciones interpersonales (que son parte de la calidad de vida), pero no se podría afirmar que esto se deba necesariamente al SFM, pues hay situaciones en su vida (como el cuidado de su madre o su personalidad) que puede estarle influyendo en su interacción con otras personas.

En cuanto a sus métodos de afrontamiento al SFM, desde el diagnóstico le recetaron a la participante un relajante muscular, el cual ella considera que no le ayuda, en ningún nivel, a reducir los síntomas. Además, toma pastillas para el dolor (variadas) que si lo

reducen levemente. Es decir, que los elementos farmacológicos de afrontamiento son parcialmente satisfactorios para aliviar o disminuir los síntomas que generan malestar y que están asociados al SFM en el caso específico de Eugenia. Por otra parte, la participante comenta que no le gusta tomar medicamentos pero que igualmente los utiliza pues no quisiera que sus médicos dijeran que ella presenta síntomas por no tomarlos. Cabe resaltar que los medicamentos son lo único que los profesionales de la salud le han recomendado para enfrentar sus síntomas, notándose un enfoque biologista del malestar corporal, el cual solamente se puede ver impactado y beneficiado a través de fármacos o tratamiento médico.

Debido a que estas formas de afrontamiento no han sido suficientes, la participante ha procurado incluir métodos alternativos, realizando otras actividades. Ella expresa que estos métodos no le curan, pero le ayudan a “mantenerse” y que los síntomas no aumenten. Principalmente menciona el uso de ejercicios como aeróbicos en el agua y yoga. El yoga es lo que más le ha aliviado los síntomas pero se le ha imposibilitado seguirlo haciendo porque ahora debe cuidar a su mamá. Por ende, su actividad física principal son los aeróbicos en el agua.

Además, comenta que gustaría en el futuro realizar ejercicios de tai-chi y comprar una cama de jade (camillas de masaje con piedras de jade). Ella estuvo asistiendo a un lugar con estas camas en el 2007, y afirma no haber presentado síntomas durante todo ese año. Esta parte de la entrevista resonó en la investigadora, quien tiene una familiar que también hace uso de estas camas y ha hablado de lo efectivas que son para varios malestares corporales. La investigadora amplía en este tema con la participante, y esto permite generar empatía y rapport en el proceso de entrevista y conocimiento de ambas.

Por otra parte, la investigadora observa que otros métodos de afrontamiento de la participante (aunque ella no los reporta como tal) son clases y cursos a los que asiste, que le brindan espacios de reflexión, crecimiento personal y distracción. Cabe resaltar que estos métodos se consideran afrontamiento positivo, saludable y consciente, siendo un método que ella escoge para sentirse mejor. Además, se considera que uno de los principales métodos de afrontamiento de Eugenia es el rechazo de sus síntomas, buscando olvidar que los tiene o dejándolos en segundo plano.

En el dibujo realizado en la primera entrevista se ve reflejada la vivencia corporal de la participante (ver Anexos). En este caso es la primera vez que la participante se ha dibujado a sí misma en la vida, y le sorprende e interesa mucho haberlo hecho. La investigadora también observa cierta incomodidad y cuestionamiento de la participante con el dibujo, y nota que la participante se siente insegura sobre lo que ha dibujado.

Al hablar del dibujo Eugenia expresa que el cuerpo es importante pues es la imagen que se proyecta a la gente y por salud, por lo que debe dársele oportunidad al cuerpo de que se sienta bien. También comenta que lo que no le gusta de su cuerpo es su gordura y considera que su cuerpo no es atractivo. En contraposición, las palabras y frases que ubica alrededor del dibujo son principalmente positivas (ejemplo: buena estatura, comodidad, agradecida). En general, ella considera que sin el SFM el dibujo de sí misma sería igual, pues la fibromialgia es simplemente algo que explica los síntomas que ella tiene. En general, al hablar de su cuerpo Eugenia se refiere a él de manera externa (ej. Buena estatura, gordura, imagen que se proyecta a la gente), y le es difícil decir un sentimiento



que le surja al ver el dibujo. Esto alerta y llega a preocupar a la investigadora, quien nota en la entrevista que la participante no expresa sus sentimientos, e incluso confunde pensamientos con emociones. Debido a esto la investigadora concluye la entrevista inicial pensando que la técnica va a ser altamente novedosa para la participante, y puede ser un proceso de apertura interior saludable y necesaria.

### *Escala experiencial y observaciones*

En la sesión 1, la investigadora puntúa la sesión según la escala experiencial en nivel 1, por lo que la profundización y vivencia corporal es mínima. La sesión empieza cuando la investigadora le pide a la participante ubicarse cómodamente en el espacio, y le pregunta si desea cerrar los ojos, a lo que responde afirmativamente. La investigadora puede notar que al despejar el espacio la participante busca seguir cuidadosamente las instrucciones para respirar más profundo y prestar atención al cuerpo. Para generar más conexión con la participante la investigadora también sigue la relajación e incluso cierra los ojos, mientras guía la Focalización

Al inicio Eugenia no responde al preguntarle por sensaciones en su cuerpo y cuando lo hace comunica impresiones generales como relajación, tener ganas de dormir, bienestar general, entre otras. La investigadora siente frustración ante estas respuestas pero también entiende que es algo usual para alguien que hace la técnica por primera vez.

La investigadora le refleja a Eugenia una tos que se presenta reiteradas veces, y la participante la describe como una picazón en la garganta. Eugenia comenta sobre las razones por las que puede tener la tos: *“la sensación es producto del estado de salud que me encuentro”* y la investigadora debe intervenir para devolver la atención hacia el cuerpo. La participante describe la sensación como una mancha grande de color verde claro, y al

hacer uso de este asidero le surge una sensación de “vacío” en la garganta y la picazón sentida al inicio se reduce. Al decir esto la tos aumenta en mucha intensidad y la participante comenta que en la garganta siente “*como un remolino, pero como ver una ola, una ola de surf*”. Después de ello se le pregunta a la participante si ese remolino se puede pasar a otro lugar del cuerpo y ella dice que sí. La participante comenta que ahora siente alivio porque el remolino ha desaparecido, y también dice “*me preocupa que sea más somático que otra cosa*” por lo que la participante debe validarle sentir al cuerpo y no cuestionar lo que surge. En este momento la facilitadora comprende cuán difícil puede ser este primer acercamiento con el cuerpo para Eugenia.

Seguidamente se genera otra sensación de dolor en la cabeza que la participante explica como una sensación que no es exclusiva a la sesión y que le preocupa tenerla de nuevo. La investigadora empieza a notar que la participante dice continuamente la frase “*me preocupa*”, cuestionando de esta manera lo que siente, por lo que le pide a la participante volver al cuerpo y prestar atención a lo que siente sin juzgarlo. La investigadora le pide describir esta sensación en la cabeza, y comenta que es una sensación blanca con orillas negras difuminadas. Cuando la investigadora le pregunta o pide asociar las sensaciones la participante siempre dice “*No*” incluso antes de que la investigadora termine de hablar. Esto frustra a la investigadora quien considera que la participante no está dándose la oportunidad de sentir o escuchar al cuerpo. En algún momento la participante menciona que ya se siente bien e incluso deja de tener tos. La sesión termina cuando la participante logra expandir esta sensación positiva. La investigadora considera que está fue una sesión difícil y que se finalizó de esta manera porque el intentar seguir con las resistencias mostradas por Eugenia podría haber causado que la participante se cerrará aún

más a la técnica. En este sentido, la investigadora buscó ser respetuosa del proceso de la participante.

Como parte de las observaciones relevantes de esta sesión está que el contenido y forma de expresarse de la participante con respecto a su cuerpo es impersonal y busca razones para lo que sucede en él. Es en general un informe de acontecimientos sin implicación de ella misma en el discurso, por lo que no habla de sentimientos o asocia con eventos de su vida. Se observa entonces que la participante habla de sus sensaciones de una manera remota por lo que el relato podría ser incluso sobre otra persona. En general se nota racionalización, rechazo y bloqueo de las sensaciones corporales. Incluso después de la técnica la participante continúa expresando que “le preocupa” que lo que está comentando y sintiendo no sea más que algo somático. La facilitadora le recuerda que es importante aceptar lo que haya sucedido, y que no hay que cuestionarlo, aunque es entendible al ser la primera sesión, y se está aprendiendo a interactuar con el cuerpo de una forma diferente.

La sesión 2 se puntúa en la escala experiencial en nivel 1, ya que la participante presenta dificultad para identificar y profundizar en sus sensaciones corporales. En esta sesión la etapa de despejar del espacio toma tiempo, y tanto la facilitadora como la participante se relajan al inicio del proceso. Esto es algo que la investigadora considera importante para ella misma, pues le permite concentrarse en el “aquí y ahora” al entrar a la sesión. Este proceso la investigadora lo consideró difícil pues la sala del CAP en que se realizó la técnica estaba al lado de una parada de buses, y entraba mucho ruido, además de que estaba lloviendo fuertemente. Sin embargo, la participante parecía estar realmente concentrada en el proceso como tal, a pesar de las limitantes del espacio.

Eugenia después de despejar el espacio se ubica completamente para atrás en la silla, de forma que incluso parece dormida. La facilitadora le consulta sobre alguna sensación que le llame la atención y la participante ubica un dolor y tensión en el cuello y la describe con diferentes elementos: *“como si fuera una línea recta, pequeñita, es como de este ancho [señala con los dedos]... amarilla, lisa.”* La facilitadora procura cerrar los ojos y visualizar esta imagen en el cuello que describe la participante, buscando conectarse y sentir lo que la participante describe. Cuando se le pregunta si de la sensación surge algo o le recuerda algo dice que “No” rápidamente y refiere que estas sensaciones tienen una explicación principalmente física *“No sé si esta línea será producto del ejercicio que estoy haciendo... pareciera que estoy contracturada ¿no?”* Ella se adentra un poco más en la sensación y comenta que lo que necesita es *“aflojarse”*. Se le refleja que esta parte de su cuerpo le está pidiendo que ella se *“afloje”*. Cuando se le pregunta si esto de *“aflojarse”* o *“relajarse”* le resuena con algo de su vida cuando lo escucha, Eugenia comenta que no, y que pensar en relajarse solamente la hace sentir bien. Cuando la investigadora le pide repasar su cuerpo entonces la participante comenta no sentir más que bienestar, y expresa que la sensación en el cuello ahora es de color azul claro. La participante comenta que esta es la sensación que continua en su cuerpo y se cierra la sesión con esa sensación de bienestar. La facilitadora se siente en esta sesión mucho más cómoda con Eugenia, y considera que cerrar los ojos y visualizar lo que la participante describe resulta ser algo que la conecta con el momento vivido.

En este caso se observa que la participante está más abierta a la técnica y está percibiendo sensaciones en el cuerpo más rápidamente. Se nota que el uso del asidero le ayuda a ir más allá de describir la sensación con palabras como “dolor” o “tensión”. Se logra notar que para las sensaciones corporales la participante continúa buscando explicar

lo que sucede desde elementos principalmente físicos, y bloquea o rechaza cualquier otro mensaje, o relación que las sensaciones pueden tener consigo misma o con otros aspectos de su vida.

En la sesión 3 la puntuación en la escala experiencial es de nivel 2. Se inicia similar a las otras sesiones, de forma que tanto la participante como la facilitadora inician con una relajación. Para la facilitadora es de interés que al despejar el espacio la participante se encuentra sonriendo, mientras se le pide repasar su cuerpo.

Eugenia comenta que la primera sensación que le llama la atención es un olor que se siente bien, *“un olor a iglesia, a tranquilidad”*, que no ubica en su cuerpo sino en el aire. La investigadora acompañante insta a que la participante preste atención a ese olor y escuche a su cuerpo. En esta parte las sensaciones son vagas y la participante comenta que se siente bien y no le llama la atención ninguna parte de su cuerpo. En ese momento la investigadora hace un gesto de incredulidad (que la participante no ve por tener los ojos cerrados), pues de hecho considera y percibe que la participante está sintiendo más de lo que dice. Se le insta a continuar escuchando el cuerpo y entonces la participante comenta: *“mmm lo que siento es la garganta, pero es porque tengo problemas. En la molestia que tengo hace varios días y me ha obligado ir al doctor.”* y al hacerlo describe la sensación como una picazón en la garganta que le produce tos. La investigadora al escuchar que la participante busca dar razones para su sensación le pide que más que pensar en cómo se ha sentido otros días se centre en cómo se siente la garganta en este momento. A partir de esa petición la participante rápidamente asocia la picazón en la garganta con una sensación de *“vacío”* (similar a la sesión 1). Surge la imagen de una pirámide pequeña, pero la participante lo bloquea, diciendo que no significa nada, que probablemente se deba a la

“*carraspera*” que tiene. En la descripción de esta sensación, y procurando profundizar se toma una buena parte de la sesión pues la participante continuamente se refiere a que la sensación se debe a malestares físicos típicos (como una gripe) o que ya ha tenido antes, y cuando se le pide volver a repasar y sentir el cuerpo, la sensación se mantiene con intensidad, sin cambios. Cabe resaltar que la sesión tuvo duración de una hora, y para la investigadora fue un momento en que tuvo que tener mucha paciencia con el proceso de la participante.

Cuando se le pide llevar la sensación a otra parte del cuerpo comenta no poder movilizarla, y cuando se le pregunta que podría necesitar la garganta para sentirse mejor habla de tratamiento médico. La investigadora busca alejarse de lo racional que ha expresado la participante de la garganta y le pregunta que podría necesitar la pirámide para sentirse mejor. Es decir, la investigadora procura hacer uso del asidero para profundizar, en vez de mencionar la garganta, porque considera que ya hay una racionalización muy fuerte con esta parte del cuerpo. Es por esta misma razón que, en un primer momento, la investigadora le pregunta a la participante si puede mover la sensación, pero la picazón se queda fija en la garganta.

Ante esta pregunta de qué podría necesitar la pirámide para sentirse mejor la participante expresa “*tal vez no ser tan árida*”. La investigadora refleja y repite la frase “*ser tan árida*”. Cuando se le pregunta si al escuchar esa frase le surge algo la participante comenta muy rápido que “*No*”, por lo que se le pide tomarse un minuto y se le refuerza que cualquier elemento que surja va a estar bien e incluso no tiene que compartir lo que le resuene, si no quiere. Esto implicó que Eugenia y la facilitadora estuviesen un rato en silencio, y de nuevo para la investigadora implicó tener paciencia y ser empática con la participante.

Es entonces cuando la participante expresa que la pirámide árida se puede parecer a su carácter y comenta:

*...Si tengo que compararlo con algo es con mi carácter, que tengo que irlo modificando. Solo con el tiempo uno le da la importancia de vida y ya no te molestan tanto. Es difícil cambiar. Tal vez ya no protesto como protestaba antes pero no me deja de molestar. Pero trato de que no me afecte. Es con lo que se me ocurre asociarlo”.*

Después de esto hace uso de un ejemplo, asociando lo sentido con un elemento externo, específicamente con las quejas que las personas tienen con las entidades públicas, y comenta una situación que vivió en una entidad privada que refleja como en ese ámbito también hay problemas (cabe resaltar que ella fue funcionaria pública). La investigadora intenta re-direccionar hacia la participante de nuevo, y Eugenia comenta que la característica de la pirámide que no se mueve es como el carácter que no se puede quitar: *“siempre vas a tener tu carácter... solo que yo lo trato de nivelar, de suavizar.”* Eugenia comenta que hay que “suavizar” la pirámide y se le invita a hacerlo. De hecho la investigadora en este momento cierra los ojos y visualiza suavizando su propia garganta también. Esto no es algo que hace la investigadora intencionalmente, sino que le surge hacerlo al estar en la sesión con la participante. En general la investigadora, en esta parte de la sesión, considera que se ha dado un cambio importante, pues realmente se ha logrado profundizar más en la sensación sentida y siente satisfacción al haber sido paciente con el proceso de Eugenia.

La participante, después de “suavizar” la pirámide, comenta *“no baja, la molestia disminuye pero no baja [no se suaviza]”*. Por ello la sesión se cierra invitándola a ser empática con lo difícil que es tener esa pirámide y agradecer al cuerpo por el mensaje que le ha dado sobre sí misma, por medio de la garganta. La participante dice *“si, exacto”*, y termina asintiendo con la cabeza y sonriendo.

Algunas observaciones a resaltar es que Eugenia relaciona sus sensaciones con una característica propia que es el carácter. Es una sesión en que en primera instancia la participante remite a elementos físicos, e incluso médicos, para sus molestias, pero se logra ir más allá y escuchar el mensaje del cuerpo. Por otra parte, la implicación de ella en las sensaciones no va más allá de un evento específico, por lo que aún no profundiza en sus emociones ni es la figura central de la sesión. El discurso presenta ideas, opiniones y deseos pero desde una perspectiva externa o periférica (una situación relativamente ajena a su vivencia diaria). Si se resalta que Eugenia está empezando a asociar sus sensaciones con algo más allá de lo físico, pero en el primer momento que surgen estos malestares ella los rechaza y busca afrontarlos como usualmente hace, por lo que incluso valida que la solución es el tratamiento médico.

A la sesión 4 la investigadora le brinda una puntuación de 2 en la escala experiencial. Al inicio, con la parte de despejar el espacio, la investigadora realiza la relajación pero requiere mover el cuerpo más que en otras ocasiones, pues se siente cansada físicamente y esto le ayuda a concentrarse.

En esta ocasión la participante expresa rápidamente diversas sensaciones corporales (brazo pesado, tensión en la pantorrilla, presión en la cadera) y la que más le llama la atención es la del brazo pesado. Cuando se le pregunta cómo es esta sensación rápidamente comenta que es *“una manga de plomo”*. Se resalta que la participante ya no requiere guía para describir, o hacer uso de un asidero para la sensación.

La sensación, luego de describirla, se mueve inmediatamente hacia la muñeca. Eugenia continua haciendo uso de imaginación para describir fácilmente sus sensaciones sin necesidad de que la investigadora se lo pida: *“es como si tuviera una pesa que ejerciera*



*presión*”, y la describe “*redonda... del color del ejército, un verde oscuro*”. Otro elemento nuevo es que la participante llega a solicitar hacer movimientos corporales para sentirse mejor, los cuales le alivian:

*Investigadora: si quieres puedes hacer eso...mover los dedos.*

*Participante mueve los dedos (y la facilitadora también le hace hacerlo).*

*Investigadora: ¿qué pasa con la pesa cuando mueves los dedos?*

*Participante: No... ya no está.*

Sin embargo, la sensación principal se continúa moviendo hacia los nudillos y la participante dice que este malestar “*me está recordando que ahí hay algo*”. En primera instancia busca explicar la sensación con elementos físicos y externos, expresando que el malestar se debe a tejer, haber hecho ejercicio o a que este es el brazo con el que limpia. Por último expresa que “*seguramente es el dolor de la fibromialgia pero suave*”. La facilitadora le pregunta a la participante si hay algo más allá de lo físico que le resuena con esta sensación y la participante reiteradamente comenta que “No”. La investigadora considera que en este momento la participante está racionalizando las sensaciones y vuelve a sentir frustración, pues ya consideraba que se había avanzado con esta resistencia.

Entonces la investigadora le pregunta a la participante qué siente cuando habla de estos esfuerzos físicos que ha hecho y los malestares que siente. En ese momento surge una sensación nueva de “*brazo que estorba*” y la participante expresa que quisiera quitárselo, por lo que la investigadora le sugiere “*quitarse ese estorbo*”. Se continúa describiendo la sensación y cuando se le pregunta si “*el estorbo*” le resuena con algo en su vida rápidamente expresa que “No”, en tres ocasiones distintas. Cuando se le pide sentir todo el cuerpo para ver cómo se siente, ella dice que se percibe igual. La investigadora le comenta que “*es posible que si nos estamos sintiendo igual sea porque aún no hemos descubierto todo el mensaje que tiene el cuerpo, tal vez lo que sientes va más allá de lo físico*”. La

participante comenta que lo que necesita es una cama de agua y al imaginarse así, sin tener que hacer esfuerzo, siente un alivio que ella describe de color blanco. La participante se queda con esta sensación, sin expresar algo más que le llame la atención en su cuerpo. Por ello se le invita a esparcir ese color blanco de alivio por el cuerpo y se le invita a agradecerle al brazo por expresar que hay algo pesado, un esfuerzo que estorba.

En esta sesión se observa que Eugenia es la figura central de la sesión, y se implica en las sensaciones que experimenta, pero aún existe una dificultad por ir más allá de lo “evidente” cuando escucha su cuerpo, por lo que no conecta con emociones o vivencias. La facilitadora queda con la intuición en esta sesión de que si surge mucho en la participante pero que ella las bloquea, o bien lo percibe pero no lo expresa, porque no las está considerando dentro de lo “lógico” y lo cuestiona. En general se nota que Eugenia presenta una tendencia a racionalizar todo lo referente a su cuerpo. Por otra parte, se observa a la participante avanzando al dejar que el cuerpo se exprese y entiende que este proceso es importante. Además se observan cambios corporales de alivio cuando algunas palabras o descriptores resuenan en ella, aun cuando no expresa que algo surja de las sensaciones. Puede ser que en este caso, si bien se estén dando cambios observables, la participante no este asociando, la experiencia vivida en la técnica, a nivel cognitivo y emocional.

La sesión 5 se puntúa en un nivel 3 de la escala experiencial. Esta sesión inicia con la relajación y despejar el espacio, pero algo diferente es que la investigadora le comenta a la participante que se va a tomar un espacio *“para dejar todo lo que haya pasado hasta cuando estabas llegando y enfocarnos en el cuerpo”*. Otro elemento importante es que la investigadora se encontraba con mucha energía al llegar a la sesión y se estaba distrayendo

fácilmente, por lo que hizo uso de gestos con las manos al hablar para concentrarse, aun cuando la participante se encontraba con los ojos cerrados.

Los siguientes momentos son similares a la sesión anterior, pues la participante descubre rápidamente diversas sensaciones en su cuerpo, como hormigueo en las manos, dolor de cabeza y en el estómago. Este último lo describe con mayor amplitud expresando que tiene mucho dolor - “es como si me hubiesen pateado”- y por ello decide focalizar esta sensación. Eugenia utiliza la imaginería para describir sus sensaciones, sin necesitar que la investigadora se lo solicite:

*No es un dolor fijo, no está focalizado... es como ondas que se van acercando al ombligo, que se retiran y me duelen...son como círculos concéntricos... negros... se mueven, no girando, es como si todos los círculos se movieran hacia un lado, se tratan de mover todos a la vez hacia un lado... en una misma dirección. Hacen sentir al estómago pesado, es como si me hubieran dado una serie de patadas por todo el estómago.*

Dice frases que deslumbran que ha tratado de rechazar este dolor durante el día pero en la sesión no está pudiendo ignorarlo. Entre esas frases incluye “*ni umbral del dolor es muy alto pero aquí estoy focalizando el dolor, usualmente yo diluyo mi dolor en todo el cuerpo, pero en este momento lo tengo concentrado en el estómago*”. La participante hace uso frecuente de la palabra dolor durante toda la sesión y sus gestos son de respiración forzada y ceño fruncido. Ella comenta que este dolor en el estómago requiere, para sentirse mejor “*algo que me pese pero suave, que me oprima, que yo lo sienta pero sea suave la sensación*”, y sigue haciendo uso de la imaginería, por lo que comenta que lo que necesita es una llanta que le oprima, pero sin aro para darle libertad. Cuando la investigadora pregunta si esto, de la “libertad”, le recuerda algo en su vida Eugenia asocia rápidamente que no le gusta que la limiten, y expresa diversas frustraciones en el ámbito académico, laboral y familiar, en ese orden. Para la investigadora este es un momento de satisfacción

para ella, y una demostración de que la participante está teniendo una relación más íntima y de mayor escucha con el cuerpo. Esto porque es la primera ocasión en que la participante no responde inmediatamente con un “no” o “no sé” al preguntarle si hay algo que le resuene de la sensación. Además se nota que la participante, al profundizar en los asuntos, va pasando de elementos externos (como el ámbito académico) a experiencias mucho más íntimas (familiares). Cabe resaltar que para lograr esto si fue necesario un nivel de escucha muy alto por parte de la investigadora, quien permitió que Eugenia se expresara y detallara todos los eventos, y en ello fue profundizando progresivamente. En este caso la sesión duró un poco menos de hora y media.

La participante continúa con el dolor y se toca el estómago, por lo que se le refleja esta acción y se le invita a oprimirse con las manos como si fuera la llanta que mencionaba. Esto es algo novedoso en este proceso, pues es en la primera ocasión en que ella realiza una acción con el cuerpo al focalizar. Cuando lo hace la participante empieza a relacionar estas sensaciones con las preocupaciones que tiene, especialmente con el cuidado de su madre, y expresa que así como sus preocupaciones han aumentado ha incrementado el dolor: *“la escala de preocupaciones ha variado y mucho [aumentado], y entonces mi dolor de estómago también”*. Identifica que estas preocupaciones están asociadas al baño de la madre y al enojo que tiene con la persona que han contratado para ayudar, quien percibe como desconsiderada. Indica que al decir esto el dolor se alivia un poco. La sesión se cierra pidiéndole ser empática con esta sensación difícil, y agradeciendo el mensaje que el cuerpo le ha brindado en la sesión.

Se observa y resalta que lo expresado por Eugenia en esta sesión es una descripción que incluye emociones que están suscritas aun específicamente a eventos o roles de su vida (y por ello el nivel experiencial no es mayor pero si ha aumentado), Ella no bloquea, como

en anteriores ocasiones, al pedirle asociar sus sensaciones con algo en su vida. Se resalta que esta es la primera ocasión en que hace relación clara entre preocupaciones y dolor, lo que demuestra mayor conciencia corporal. Además, la participante pasa de identificar y explorar sensaciones periféricas (manos, pies, cabeza) y superficiales a enfocarse en partes de su cuerpo mucho más centrales (estómago, tronco), percibiendo así sensaciones más internas y profundas.

En la sesión 6 la puntuación que se asigna es de 2 según la escala experiencial. En ésta la participante presenta algunas dificultades al inicio para percibir sensaciones por lo que se requiere más tiempo en la fase de despejar el espacio y se procura recorrer más las partes del cuerpo. La facilitadora igualmente busca relajarse, pues de nuevo se encuentran en una sala del CAP con alto nivel de ruido externo.

Al despejar el espacio Eugenia encuentra un dolor en las pantorrillas que le llama la atención y logra describirla con facilidad a través de colores, texturas y formas. Cuando se le pregunta por algo que surge de estas imágenes la participante comenta no percibir algo específico, demostrando dificultades para escuchar al cuerpo y profundizar. Se le pide quedarse un rato con la sensación y Eugenia comenta que el dolor le recuerda una sensación de pesadez, y expresa querer liberarse de ello. Se le pide imaginarse liberándose y ella mueve los pies. Se le pregunta si esta sensación de pesadez y deseo de liberación se asemeja a algo en su vida y la participante se queda callada. Se le pregunta por cómo se siente la pierna y dice que el dolor ahora es de un color y textura más suave. La investigadora busca re direccionar, en dos ocasiones, hacia descripciones de este dolor leve que se mantiene en la pantorrilla pero la participante menciona que no le surge nada.

Se observa que la participante tuvo dificultades para profundizar en sus sensaciones, pero no se le brinda un menor nivel en la escala ya que no se percibieron bloqueos tan claros como en ocasiones anteriores. La participante al pedirle asociar se queda callada en vez de decir que “No”, por lo que se podría considerar que hay elementos que surgen pero que no quiere compartir en voz alta con la investigadora. Además se presenta un cambio en la sensación después de ese silencio (color y textura más suave en la sensación). La investigadora se queda con la sensación que la participante pudo haber sentido algo “amenazante”, y quería salir rápidamente de la sesión.

En la sesión7 la puntuación que se asigna es de 3 según la escala experiencial. En esta ocasión el despejar el espacio es una etapa más corta, pues mientras la participante está prestando atención al cuerpo indica rápidamente una sensación de pesadez en los brazos. Describe esta sensación “*como plomo, como un brazo de armadura*”. La investigadora se observa esto en el cuerpo de Eugenia, pues los brazos se presentan caídos, completamente recostados en la silla. Al seguir describiendo la sensación la participante utiliza el color negro y habla de una “*oscuridad general que rodea los brazos*”. Se le pregunta si esta sensación le recuerda algo en su vida y rápidamente relaciona con los momentos en que debe bañar a su madre. De nuevo para la facilitadora es un momento que considera de “éxito” pues la participante se permite escuchar al cuerpo, y expresa lo que siente sin cuestionar si esto que surge es lógico o racional.

La participante describe estos momentos en que cuida a la madre y comenta sobre la dificultad que tiene para ella ver a su madre en este estado y cuidarla cuando ella (Eugenia) también presenta su propia “enfermedad” (la fibromialgia). Comenta emociones como enojo, frustración y limitación. Cuando se le pregunta, al escuchar estas emociones, que

pueden necesitar los brazos para sentirse mejor ella habla de Dios y que debe aceptar que es algo que ella no puede cambiar y debe confiar. Ella comenta que la molestia en los brazos es menor pero se le observa aún debilitada en el asiento. Se le pregunta cómo esta aceptación de la situación se siente en su cuerpo y habla de un “vacío” pero rápidamente expresa que esto no es negativo. La investigadora le pregunta a la participante sobre el “vacío” pero Eugenia comenta que se siente mejor. Entonces se cierra la sesión con ella siendo empática ante lo difícil de estas sensaciones y situaciones en su vida.

Se observa que ahora la participante logra identificar o “escuchar” rápidamente la sensación principal. Eugenia aún presenta resistencia ante las sensaciones y a profundizar en lo que estas implican, pero logra comentar más sobre sus emociones. Las descripciones están referidas a un evento específico, pero se empieza a notar que Eugenia logra ampliar su visión y conectar con vivencias y emociones mucho más que antes. Otro elemento relevante es que es la primera sesión en la que hace referencia a la fibromialgia más allá de una “razón” para tener un dolor. En este caso no es una explicación para tener malestar sino un suceso que se relaciona con emociones y situaciones difíciles en su vida.

El nivel en el que se ubica la sesión 8 según la escala experiencial es de 4. Esta sesión empezó diferente ya que se realizó al aire libre, en un lugar en que había naturaleza pero también podrían llegarse a tenerse distracciones (de otras personas en el lugar). Esta sesión se hizo así debido a que no se pudo coordinar para realizarla en el Centro de Atención Psicológica. Por ello el despejar el espacio se empezó con integrar el entorno, incluyendo la sensación del aire, los sonidos de los pájaros, entre otros.

En esta ocasión la investigadora, por sugerencia de una de las lectoras que supervisa el proceso (a partir del análisis realizado de las sesiones hasta el momento), le pide a la

participante, después de despejar el espacio, que preste atención a aquellas partes del cuerpo donde suele presentar la Fibromialgia. Incluso la investigadora le pide a la participante que no tiene que recordar los síntomas, sino cualquier elemento que para ella sea parte de la vivencia con la Fibromialgia.

En primera instancia, cuando la participante habla sobre sus sensaciones, refiere a estar al aire libre: *“en realidad me siento bien, este es el ambiente ideal para mí. Me siento tranquila y me imagino el paisaje alrededor, estoy respirando aire puro sabiendo que tengo a mi alrededor áreas verdes.”*

Entonces la investigadora le pide a la participante, que en ese momento sintiendo su cuerpo, comente sobre los lugares en que usualmente siente la Fibromialgia, y Eugenia contesta expresando sobre dolores en la espalda, caderas y cara. La participante decide focalizar el dolor de la cara, que es el que más le llama la atención en ese momento al sentir el cuerpo, y comenta que se siente *“como si alguien me hubiese dado una golpiza”* y que durante la semana ha tenido el malestar. Describe la sintomatología más racional o superficialmente (similar a su explicación en la entrevista) al inicio, pero luego profundiza hacia emociones relacionadas con la sensación. Además refiere este malestar con el bruxismo y comenta un evento específico en que se desprendió la corona de un diente:

*Normalmente es en el marco de la cara, donde duele. Donde más se concentra es en la mandíbula. De hecho con el tiempo se me ha ido deformando la forma de mi cara, porque los huesos se han ido deformando. Tengo un problema maxilofacial en el lado derecho, tengo deformado el hueso. Y bueno... una compañera me pasó un chicle... cuando sentí que en el chicle había algo y era que mis dientes están forrados con coronas. Se había zafado una de las coronas y eso para mí es terrible, es... me desubico. Me salí a llamar a mi odontólogo porque para mí eso es cuestión de vida o muerte. Me desestabiliza más esto que tener dolor en otro lado, osea, como en el sentido emocional.”*



En este momento la investigadora la detiene y le refleja que situaciones como estas la “desestabilizan” de forma emocional. Se le pide ubicar la desestabilización emocional en el cuerpo e indica que se encuentra en la parte superior de la cabeza. En este momento la participante se pone la mano en la cabeza, como sosteniéndola. Se focaliza en la sensación y dice que siente presión y mucha angustia. Expresa que todo esto le afecta su autoestima, que su cara es su carta de presentación y menciona “¿Porque a mí?”. La investigadora le refleja palabras que la participante ha dicho, como desestabilización, angustia y autoestima y a la participante, al escuchar estas palabras, comenta sentirse “*abandonada (...), como que me están pasando todos los males del mundo a mí. Una sensación de abandono total, me hace sentir sola en una esquina del mundo*”. Además expresa que al sentirse así tiene “*la necesidad de buscar afecto, buscar cariño... pero yo misma lo manejo. En el momento me siento abandonada pero yo sé que al rato se me quita.*” En general, Eugenia indica que para estar mejor necesita afecto, cariño y protección. Sin embargo demuestra que a pesar de sentir esto, y que su cuerpo se lo expresa, ella decide no hacerlo pues sabe manejar estos dolores por sí misma. La investigadora la re-direcciona hacia el cuerpo pues considera que la participante está buscando explicar (racionalizar) lo que siente, pues luego detalla cómo estos síntomas son simplemente parte de la fibromialgia, y no hay que prestar tanta atención.

La investigadora le pide a la participante quedarse en silencio con esta sensación y que cualquier elemento que surja lo deje ser, y luego le pregunta que es lo que puede necesitar en un momento como ese, en que siente dolor en su rostro y además sensación de abandono. La participante se queda unos segundos en silencio y luego expresa: “*los brazos de mi mamá, o de mi hija, que me apapachen*”. Se le pide verse y sentirse abrazada por ellas y se le refleja que el cuerpo puede estar solicitando esto cuando siente dolores, que

alguien la proteja o se le acerque a darle cariño. Ella se queda varios minutos con esta sensación y comenta sentir paz y alivio, de color rosado. Se cierra la sesión con esta sensación rosada, llevándola a toda la cara y luego a todo el cuerpo. La investigadora le sugiere llevar esto a la acción, es decir, que cuando tenga este dolor busque lo que el cuerpo le dice que necesita (acercarse o buscar cariño de personas allegadas). La participante termina con una sonrisa en su cara al escuchar esto.

Se logra observar que la participante, aun con algunos signos de racionalización y bloqueo del mensaje corporal, logra profundizar y enfatizar en la conexión entre sus emociones, pensamientos y sensaciones físicas. La sesión es una presentación de su perspectiva personal, ya no referida a un evento específico. Se observa una disminución del juicio o cuestionamiento al asociar la vivencia física con otros elementos de su vida; ya la participante fluye en la asociación, en contraposición al anterior rechazo (antes al preguntarle si la sensación le recordaba algo en su vida, antes inmediatamente decía que “No”). No se observa que la participante logre interrelacionar todos los elementos de la vivencia, pero su profundización ha aumentado. Se considera un logro importante pues además se centra específicamente en los síntomas del Síndrome de Fibromialgia.

La sesión 9 es evaluada en nivel 5 en la escala experiencial. La sesión empieza con algunos contratatiempos debido a que la participante llega tarde por ser una noche lluviosa, e incluso se encuentra mojada, y se nota apresurada. Por ello fue importante realizar una relajación más larga al inicio.

Luego Eugenia identifica rápidamente una sensación de picazón en la garganta. La describe de inmediato como un algodón de azúcar amarillo que le hace cosquillas y produce

tos. A la investigadora le sorprende el uso tan rápido de un asidero en esta sesión, que le permite a la participante profundizar fácilmente en la sensación.

Esta sensación se relaciona con una preocupación que la participante ubica en la cabeza, y describe como una nube gris de “*angustia, que se encuentra flotando*”. La investigadora le refleja esto y le pregunta que al escuchar eso cómo se siente la garganta, a lo que responde que la garganta está “vacía”. De esta sensación le surge el recuerdo de cuando falleció su papá y su hermano y comenta que cree que ha sentido esa sensación en la garganta en varios momentos. Describe que es una sensación de impotencia, querer gritar y no poder hacerlo. Esto le remite a la enfermedad de su madre, sintiendo impotencia ante ello y por no poder decir nada a sus familiares, por no querer herirlos

*Eugenia: Está enferma, entonces cuando yo interactué con ella, ella tiene ratitos pero muy pequeños de lucidez. Nosotros caemos en el mundo de ella y la conversación que ella tiene... pues nosotros interactuamos en su mundo. Yo en ese momento siento ese vacío, esa impotencia. ...Yo no sé, pero tengo que terapearme porque así está establecido, estamos en el tiempo de Dios no en el tiempo de nosotros. Yo no me pongo a reclamar, y siento ese vacío en la garganta.*

*Investigadora: tal vez no poder decir algunas cosas.*

*Eugenia: Para que decirlas... son situaciones con que tienes que vivir... muchos nos sacamos la rifa, es parte de la vida, pero obviamente es una impotencia. No puedo decirle algo a la familia, que no ayuda porque... eso no.*

*Investigadora: y si dijeras las cosas...*

*Eugenia: creo que me dolería la garganta, se me iría la voz.*

Se le pregunta donde siente la impotencia en el cuerpo indica que en la garganta y que cree que la impotencia es justamente ese “vacío”. Al preguntar que podría necesitar para sentirse mejor dice que un “*corcho*” en la garganta pero se detiene y dice que “*eso no es lógico*”. La investigadora le pide continuar, sin cuestionar los pensamientos o sentimientos que surjan. Al profundizar en la sensación sentida de impotencia la participante comenta que esa impotencia en la garganta es el algodón de azúcar y se le invita a quitárselo, pero Eugenia comenta no puede hacerlo. Vuelve a intentarlo y expresa

que siente que se le cierra la garganta pero que es un alivio. Se le pregunta una acción semejante a quitar el algodón en su vida cotidiana y Eugenia dice “*me imagino que hablando*” y que en caso de la madre es conversar con familiares que han decidido no ayudar con su cuidado “*aunque implique herir susceptibilidades de personas que quieres mucho, pero a todos nos duele verla así*”. La investigadora observa que esta acción es incómoda para la participante, y le pregunta que más podría hacer además de hablar:

*Eugenia: tratar de participar al máximo yo en las cosas que se pueda y expresarlo.*

*Investigadora: para sentir que...*

*Eugenia: para sentir que he hecho algo contra esa impotencia. Además no quiero generar dependencia. ...Y así estoy consciente de lo que estoy haciendo en vez de resignarme.*

Comenta que estas acciones son igual de difíciles que sacar el algodón. Indica al finalizar la sesión que la garganta se siente limpia y sin malestar, por lo que la participante agradece al cuerpo por el mensaje que le ha brindado.

Se observa que elementos de esta sesión se han presentado en anteriores pero siempre presentando un bloqueo. En este caso la participante explora su experiencia y busca resolver el problema que se presenta. Esta sesión fue particularmente larga, de hora y media. En la sesión Eugenia logra “darse cuenta” de los componentes de la situación, conectando pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales. Incluso se comparan sentimientos, reacciones y procesos internos. La participante aún se presenta vacilante de aceptar estos elementos, por lo que todavía racionaliza o busca explicar lógicamente algunas vivencias. En general, requiere cierta guía de la investigadora, para no bloquear racionalmente las sensaciones y emociones, pero a mucho menor nivel que en sesiones anteriores.

El nivel identificado en la sesión 10 según la escala experiencial es de nivel 2. Durante esta sesión Eugenia está mucho menos tiempo despejando el espacio porque rápidamente tiene sensaciones en los brazos. Sin embargo no logra describir con tanta facilidad estas sensaciones. Esto frustra a la investigadora, quien había observado hasta el momento un avance significativo en el proceso de la participante con la Focalización, y en esta sesión parece estar presentando un bloque importante para escuchar el cuerpo.

Continuamente la participante se detiene para explicar que estas sensaciones se deben a esfuerzos físicos que ha realizado en la semana. Se ahonda en el “esfuerzo” y la investigadora le pide a la participante ubicar esa sensación en algún lugar del cuerpo, pero Eugenia no logra sentirlo en el cuerpo, por lo que no surgen vivencias ni emociones de esa sensación. En un momento dado la sesión se interrumpe con una llamada de su hija y se debe reiniciar cuando termina de hablar. Cuando se vuelve a buscar que ella entre en su cuerpo, y preste atención por medio de una relajación, la investigadora observa que la participante pareciera no estar interesada en hacerlo y habla de manera muy general sobre las sensaciones.

En general esta sesión se asemeja a otras en las que ella ha hablado de sus brazos, pero no ha logrado profundizar. Se observa que hay una racionalización con esta sensación en específico y existe un retroceso en la profundidad de la participante en la Focalización. Es posible que con las sesiones anteriores la participante haya “descubierto” pensamientos, sentimientos y sensaciones que fueron difíciles de asimilar, y se presenten ansiedades que le dificultan la posibilidad de profundizar.

En la figura 3 se ve la evolución de la profundidad de la técnica según lo observado y percibido por la investigadora acompañante. En un inicio, Eugenia muestra dificultad

para identificar sensaciones en su cuerpo, y cuando lo hace lo describe de manera impersonal. Las primeras dos sesiones presentan un nivel mínimo, que además puede explicarse por la poca familiarización con la técnica, y con una diferencia importante en cómo la participante se está relacionado con su cuerpo.



Figura 2. Resultados de la Escala Experiencial - Caso Eugenia.

Se puede notar que en varias de las sesiones hay una lucha entre “escuchar” al cuerpo y la tendencia de cuestionar estas sensaciones y buscar explicaciones racionales y lógicas. En las primeras sesiones también se observa una racionalización muy marcada al relacionar o asociar las sensaciones, por lo que no se escucha tanto al cuerpo y se bloquean las emociones. Cuando a ella se le plantea relacionar inmediatamente dice que “No”, demostrando querer evadir el profundizar más allá de lo físico. Relacionado con esto se resalta el momento en que ella comenta que lo que requiere para sentirse mejor es tratamiento médico. En estas primeras sesiones también se nota que la participante llega a expresar algunas emociones, pero referidas a un evento muy específico y/o superficial.

A partir de la sesión 3 la participante va aumentando intensidad y Eugenia se observa más cómoda con la técnica. La participante percibe más rápidamente las sensaciones en su cuerpo y puede describirlas con facilidad. Aunque aún hay algunos cuestionamientos racionales ella se implica más en su discurso, y asocia más rápidamente, pudiendo profundizar en emociones, pensamientos y sensaciones, que no están solamente relacionadas a un evento único. Además, sus sensaciones no se “explican” solamente por elementos físicos, y logra expresar directamente como un malestar tiene que ver con su persona (Ej. la molestia sentido en el cuerpo se asemeja su carácter; entre más preocupaciones siente más dolor, entre otros.).

La sesión 8 es una de las sesiones más significativas, en cuanto a la habilidad para expresar emociones y encontrar relación entre sensaciones sentidos y eventos de su vida cotidiana. Se resalta que la sesión fue dirigida hacia focalizar una sensación directamente relacionada con la fibromialgia. Esta sesión permitió que en la siguiente (la sesión 9), cuando ya no se le dirigía tanto, ella logrará profundizar por sí sola, asociara y relacionara emociones, pensamientos y vivencias con facilidad. La última sesión presenta un retroceso y podría explicarse por los picos experimentados en las 2 sesiones anteriores. Es posible que ante descubrimientos personales que ella misma define como difíciles o complicados, presente ansiedad o miedo de encontrar situaciones aún más arduas de asimilar.

#### *Cuestionario Post Focalización.*

En el cuestionario 1, aplicado en la sesión 2, la participante presenta un nivel de profundización de 60%, que sería moderado y podría considerarse usual para una persona que está realizando la técnica por primera vez, y que tampoco ha tenido acercamientos con

otros procesos terapéuticos o de introspección. Eugenia expresa que mientras realizaba la Focalización estaba trayendo situaciones vívidas y reparaba un poco en la sensación que estaba experimentando. Afirma que su sensación principal no llega a cambiar y tampoco observa cambios en otras sensaciones corporales. Comenta que al pedirle imágenes o palabras que surgieran de la sensación solamente intentaba visualizarlas. Considera que esta técnica es diferente en cuanto a pensamientos y sentimientos que ha tenido sobre su cuerpo porque al estar dirigida permite "repasar mentalmente" su cuerpo, y que le sorprende que durante la Focalización se fuera enderezando [su cuerpo]. Lo que le parece mejor al realizar la técnica es pensar individualmente en partes de su cuerpo.

Al leer este cuestionario la investigadora le parece de interés, e incluso le sorprende, que la participante se enfoque tanto en los primeros pasos de la técnica (repasar el cuerpo) y lo novedoso que ha resultado para Eugenia el hecho de prestar atención a su cuerpo. En este sentido le parece dentro de lo esperado que Eugenia no registre que haya un cambio en sus sensaciones corporales.

En el cuestionario 2, aplicado en la sesión 4, la participante presenta una profundización de 67%, que sería un aumento leve aunque manteniéndose en un nivel moderado. En el cuestionario Eugenia describe que durante la sesión estaba viendo imágenes como en un televisor, y trataba de repasar su cuerpo. Ella afirma que su sensación principal no cambia y tampoco percibe diferencias en otras sensaciones. Comenta que al pedirle imágenes o palabras que surgieran de la sensación trataba de imaginarlas y buscaba algo que pudiera hacer referencia a lo que se le estaba indicando. Le sorprende que durante la Focalización se le "obligara" a recorrer su cuerpo. Lo que le parece mejor al realizar la técnica es la relajación.



En este cuestionario, la investigadora empieza a notar que aunque ya se está llegando a la mitad de las sesiones la participante aún se encuentra en un estado de profundidad leve según la Escala Experiencial. En primera instancia esto frustra a la investigadora, quien considera que si hay cambios y sensaciones muy diferentes que se están dando en las sesiones, especialmente en la sesión 3, pero que la participante no lo está observando. La frase en que Eugenia expresa que la “se le obliga a recorrer su cuerpo” le parece muy brusca a la investigadora, y le hace preguntarse a sí misma si se estará imponiendo en las sesiones, más que guiando. Ante ello decide ser un poco más abierta y dar más tiempo a la participante para que pueda escuchar y profundizar en la técnica a su propio ritmo.

En el cuestionario 3, aplicado en la sesión 6, la participante presenta una profundización de 56%, la menor de todo el proceso, manteniéndose en un nivel moderado. En el cuestionario Eugenia menciona que durante la aplicación de la Focalización estaba pensando en situaciones externas y en el dolor en sus pantorrillas. Ella expresa que durante la sesión no observa cambios en ninguna sensación. Relata que buscaba imágenes que describiera la sensación sentida pero que fue difícil para ella describir o encontrar algo con que asociar. Sigue sorprendiéndole que durante la Focalización se le “obligue” a recorrer su cuerpo, pero que considera que esto es lo mejor de la técnica.

En este caso la investigadora le sorprende un nivel tan bajo, pues ya ha notado algunos avances en el proceso. En este sentido se pregunta si la participante estará integrando conscientemente lo que está viviendo en las sesiones con lo que vive en su día a día. También se cuestiona si esto se verá impactado por el ruido y la dificultad de realizar la sesión de manera relajada y profunda en el espacio del Centro de Atención Psicológica de

la UCR. Por otra parte, lo que más le resuena a la investigadora es que la participante aun considera que se le “obliga” a recorrer el cuerpo pero ahora registra esto como algo positivo. La investigadora también considera que la participante está logrando ser más abierta ante la técnica, aun cuando el nivel de profundización pareciera haber bajado.

En el cuestionario 4, aplicado en la sesión 8, Eugenia presenta una profundización de 79%, un nivel medio-alto, siendo el mayor puntaje durante todo el proceso. En el cuestionario ella expresa que mientras realizaba la Focalización estaba ambientándose en el entorno, tratando de disfrutarlo e interiorizarlo, reparando más específicamente en el mensaje que el cuerpo quería darle. Afirma que su sensación principal iba cambiando al ambientarse e interiorizar la técnica. Comenta que trataba de reparar en todas las partes del cuerpo en que usualmente "aparecen" los síntomas de la Fibromialgia y que al hacerlo le surgió la sensación de abandono y soledad y el pensamiento de que siempre ha podido buscar opciones de solución. Señala que esta técnica es diferente en cuanto a la percepción de su cuerpo porque permite hacer hincapié en los dolores y aliviarlos. Le sorprende que durante la Focalización presentara una sensación de tranquilidad que la estaba abarcando y que lo mejor al realizarla fue sentir paz.

De todos los cuestionarios, es este el que más satisface a la investigadora. No solamente porque es el de mayor profundización y más positivo con respecto a la técnica, sino porque le parece que es el que más describe lo que estaba sucediendo durante la Focalización. Le brinda satisfacción a la investigadora que la participante haya incluido en el cuestionario las sensaciones y emociones percibidas (ej. abandono, soledad, tranquilidad, paz), demostrando que en la sesión la participante tuvo una conexión emocional importante, y que logró transformar un malestar corporal en una sensación de bienestar.

En el cuestionario 5, aplicado en la sesión 10, la participante presenta una profundización de 60%%, que sería moderado e implica que vuelve al mismo nivel con el que inicia el proceso. En el cuestionario ella menciona que mientras realizaba la Focalización estaba teniendo una sensación de tranquilidad. Afirma que su sensación principal iba cambiando al centrarse más en ella [en la sensación] y que buscaba asociar la sensación con una imagen "lógica". Considera que esta técnica es diferente en cuanto a la percepción de su cuerpo porque normalmente no se piensa en el mensaje corporal del dolor. Le sorprende que durante la Focalización se pueda reparar en partes del cuerpo específicamente y considera que lo mejor de la técnica es minimizar la sensación de dolor.

La investigadora considera que lo descrito en este cuestionario revela la resistencia emocional que estaba presentando Eugenia en la última sesión, y demuestra una racionalización muy fuerte. La investigadora se siente un poco confundida al respecto, pues después de hallazgos en cuestionarios anteriores que demostraban profundidad emocional ahora la participante habla de buscar imágenes "lógicas". Por otra parte, en el cuestionario se encuentra explícito un alcance principal de la técnica en la sintomatología, pues Eugenia registra que la técnica logra minimizar la sensación de dolor. También se observa un alcance en la vivencia corporal cuando ella especifica que existe un mensaje corporal en el dolor.

En general se puede observar cómo en las primeras seis sesiones la participante no llega a aumentar su profundización en la técnica, y se mantiene a un nivel moderado. Esto es coherente con lo que ella expresa de no sentir cambios ni percibir diferencias en su consciencia o percepción corporal. En estas sesiones también se puede observar una

dificultad en la participante para poder considerar estas sensaciones más allá de lo físico, por medio de imágenes u otras palabras.

La evolución de la profundidad en la Focalización de la participante en las sesiones se grafica a continuación:

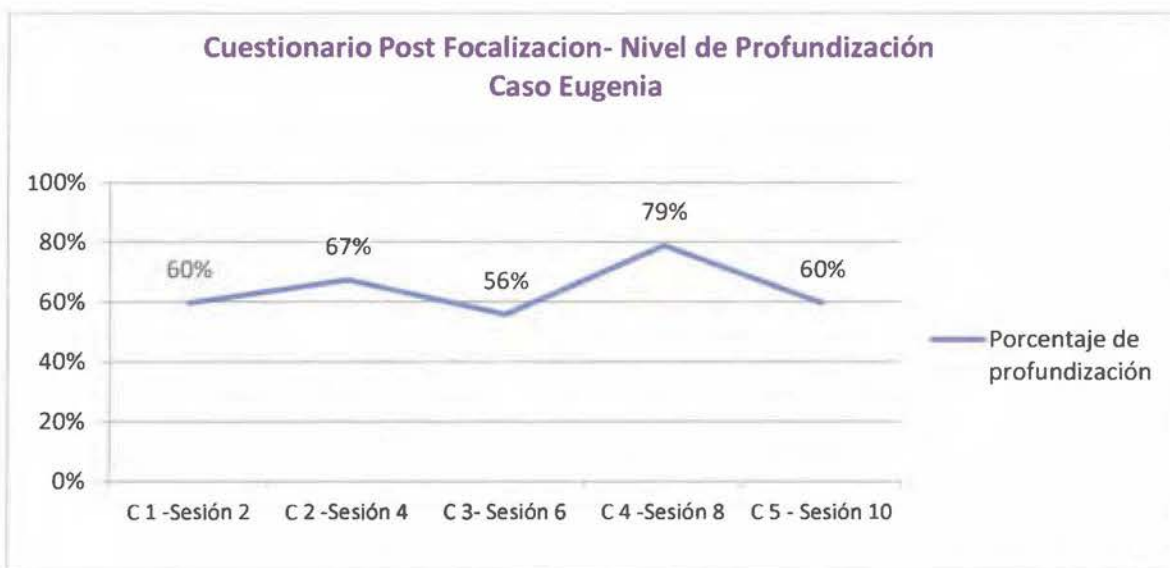


Figura 3. Resultados del nivel de profundización reportado en el Cuestionario Post Focalización - Caso Eugenia.

Es hasta la octava sesión que ella conecta con sensaciones más profundas, pudiendo asociarlas con otros elementos de su vida. Es en ese momento cuando vislumbra un cambio y reporta que el dolor se alivia. Es de interés resaltar cómo en esta sesión ella reporta sentimientos de abandono que pueden ser dolorosos, pero expresa con claridad que el cuerpo le brinda un mensaje, y ella lo ha podido escuchar.

En la última sesión se presenta un nivel menor de profundización, igual al inicio, que podría deberse a una racionalización del proceso, pues ella misma comenta que busca incluir la lógica en lo que está experimentado. Esto podría ser un retroceso relacionado con

un método de autoprotección, pues en la anterior había podido adentrar en algunas sensaciones y asociaciones que le podrían haber sido amenazantes. Por otra parte, esta fluctuación (a la baja) también puede considerarse normal, debido a que después de la sesión de mayor profundización, solamente se dieron dos sesiones más, y podría haberse requerido más tiempo para interiorizar lo sucedido. Se resalta que en esta última sesión la participante continúa reafirmando que la Focalización es una técnica que le permite reducir dolor y le ayuda a escuchar el mensaje corporal.

#### *Entrevista final*

En la entrevista final se ahondó en elementos similares a la primera entrevista y se agregó la vivencia de la participante con la técnica de Focalización.

En esta segunda ocasión Eugenia se describe a sí misma con descriptores positivos, comentando que es solidaria, activa, limpia, ordenada, que busca solucionar y resolver. También menciona que no tiene mal carácter, y expresa que es un cambio pues “*ya no se muere por las cosas*”. En este caso la debilidad que llega a expresar de sí misma es que podría ser considerada como una persona escéptica y que otros(as) pueden percibirla como “brava” e “irónica”. Se observa que la diferencia en este caso es que la participante se describe a partir de elementos internos versus elementos externos, como si fue el caso de la entrevista inicial, y que en este caso la caracterización de sí misma es esencialmente positiva, mientras en la entrevista inicial fue con descriptores primariamente negativos. De hecho la investigadora observa que su lenguaje no verbal es diferente y sonríe mucho más al hablar de sí misma que en el inicio del proceso.

Con respecto a las relaciones interpersonales, la participante comenta que ha aumentado su interacción con compañeras de los cursos a los que asiste, quienes la han invitado a actividades fuera de estas clases y ella ha decidido asistir. También agrega la interacción con sus hermanos y sobrinos, los cuales no fueron mencionados anteriormente. Aún menciona a su hermana, hija y madre como las principales relaciones en su vida, pero hay un cambio en la interacción con su madre. Debido a que ahora la alimentación de su madre es por sonda ella no debe estar constantemente pendiente de la alimentación, y ha decidido entonces interactuar principalmente cuando su mamá está despierta y lucida, para poder así compartir con ella de una manera más cercana. Para ella esto ha mejorado su relación con su madre pues ya no es una interacción solamente de cuidadora. Es de interés resaltar en este sentido que participante ya no registra el momento del cuidado de la madre como el de mayor dolor con el SFM.

Este momento de la entrevista es para la investigadora sorprendente, ya que la participante no había comentado estos cambios en el transcurso de las sesiones. Por otra parte, la investigadora empieza a notar que Eugenia habla de estos sucesos, que son ahora diferentes a cuando se inició el proceso, pero no los expresa como cambios que ha notado. Es decir, la investigadora observa y registra las diferencias pero Eugenia no habla de que esta situación actual sea diferente a lo que vivía antes, y tampoco relaciona lo sucedido con el proceso de Focalización.

En esta entrevista la investigadora observa, al igual que al inicio del proceso, a Eugenia como una mujer enérgica, que gusta de estar realizando actividades constantemente. También se nota el gusto que presenta por momentos de auto cuidado, y en esta segunda ocasión agrega que hay un día que ahora invierte totalmente en ella: “*el*

*miércoles lo gasto total y absolutamente en mi porque estoy en dos cursos uno en la mañana y otro en la tarde”* y comenta que si pudiera agregar algo a su día sería tener más actividades. Se observa que se refuerza aún más la valoración de sí misma, y de tener momentos en su vida que sean de agrado y de distracción.

En cuanto al SFM, la participante menciona los mismos síntomas que en la entrevista inicial y agrega que en ocasiones llega a despertarse con dolor, lo cual no fue mencionado en la entrevista inicial. Con respecto a estas sensaciones corporales la participante comenta algo nuevo, que es *“tener un umbral del dolor muy alto”*, lo cual aún deslumbra una orientación de Eugenia en buscar demostrar fortaleza ante los síntomas. Aunado a esto, ella comenta que busca no darle importancia a los dolores y si le preguntan al respecto, Eugenia procura responder que se encuentra bien.

Es relevante que en esta segunda ocasión la participante habla de síntomas del síndrome que ella conoce, por lo que ha investigado, pero que expresa no tener; específicamente la depresión. Incluso habla del miedo que le tiene a este síntoma y comenta que en ocasiones el dolor le hace querer llorar. Esto es de interés para la investigadora, pues se nota una diferencia importante con el inicio del proceso, ya que ahora la participante menciona emociones asociadas al síndrome, las cuales no eran parte de su discurso anteriormente, reflejando como el SFM le ha impactado más allá de la parte física. También se observa que ella percibe que hay algunos elementos que le afectan su salud que no son solamente físicos, ampliando así su conciencia corporal:

*Investigadora: Ok, y ¿hay algo, alguna cosa de ti misma que te gustaría mejorar?*

*Eugenia: Hmm mi carácter; para que no me repercutan en la salud.*

*Investigadora: ok y cuando dices tú carácter, ¿a qué te refieres?*

*Eugenia: a que... a no... a que las cosas, sobre todo asuntos familiares, no me impacten tanto”*

Esta parte es de interés porque es algo que fue trabajado durante las sesiones de Focalización. Por otra parte, la investigadora comienza a sentir frustración para este momento de la entrevista pues nota que la participante no observa estas expresiones nuevas como cambios o evoluciones en su vida, ni las remite a algo que pudiese estar relacionado con el proceso vivido durante la investigación.

En cuanto a la calidad de vida, en la segunda entrevista Eugenia vuelve a mencionar sobre cómo el síndrome le impacta su relación consigo misma, al ponerle límites que la hacen depender de otros(as), siendo algo que ella no le gusta, y expresa miedo por lo que le puede afectar en el futuro en este sentido. Se observa que para ella continua siendo muy importante que los(as) demás no noten su malestar corporal, y que no haya un cambio en su vida o actividades por los síntomas del SFM. De nuevo ella menciona que el síndrome no le afecta su vida laboral, académica, tiempo de ocio, relaciones interpersonales o emociones y sensaciones en general.

En cuanto a métodos de afrontamiento, menciona los mismos tratamientos que en la entrevista inicial, y agrega que ahora está tomando un medicamento nuevo respaldado por el Dr. Chopra que considera le reduce el dolor. Es de interés resaltar que este es un medicamento alternativo, pero que sigue siendo un método externo para enfrentar los síntomas. Aún menciona querer comprar una camilla de masaje con piedras de jade, y resalta que las actividades y ejercicios le ayudan a aliviar sus síntomas. En esto se observa que el cambio se encuentra en que ahora la participante expresa de manera consciente que en las clases a las que asiste, y los momentos en que se encuentra haciendo algo que le



agrada (como leer), es cuando menos síntomas presenta, por lo que reconoce que es una forma de enfrentar la situación. Cabe resaltar que esto se considera afrontamiento positivo, saludable y consciente, siendo un método que ella escoge para sentirse mejor. La investigadora observa en esta entrevista, al igual que en la inicial, que uno de sus métodos de afrontamiento es el rechazo de los síntomas, buscando distraerse de su presencia.

En el dibujo realizado en la segunda entrevista se ve reflejada la vivencia corporal de la participante. Eugenia de nuevo menciona que lo que no le gusta de su cuerpo es su gordura y que no es atractiva, pero en la segunda entrevista agrega que lo atractivo va a depender del estándar que se maneje, mostrándose así más flexible con el tema. En cuanto a las palabras que ubica alrededor del dibujo, se nota que incluye la palabra “dolor” e incluso expresa que esto es algo que le gustaría cambiar del dibujo. Al hablar del dibujo comenta que la sensación que más tiene en su cuerpo es la angustia y considera que si no tuviese fibromialgia el dibujo no presentaría dolor.

Es importante resaltar en este caso que en el segundo dibujo la participante demuestra que ahora sus sensaciones corporales, aun las de molestia, tienen un lugar importante en el cuerpo, y ya no se expresa de él solamente de manera externa, sino que remite a elementos internos. Se observa que le da importancia a las emociones, tanto así que la participante no presenta tanta dificultad para referirse a sus sentimientos como al inicio. En general se logra observar cómo la participante hace mayor mención en esta entrevista a emociones y pensamientos propios, presentando mayor conciencia de su cuerpo y del impacto que el síndrome tiene en su vida.

En cuanto a la Focalización, cuando la investigadora le pide a la participante explicarla, ella lo hace con claridad y logra describir la profundidad que tiene. Ella resalta que la esencia de la técnica es asociar las sensaciones corporales con otros elementos de la vida, y que es una forma de comunicarse con el cuerpo:

*Yo he visto que la parte más importante es la de buscarte un espacio agradable, que no tenga distractores y empezar a respirar profundamente e ir regulando esa respiración y tratando de pasarla por todo el cuerpo, por todo el cuerpo para que vayas reparando cuál es la parte que en ese momento te puede estar molestando. A partir de ahí... tratar de ubicar, si son varias partes las que te están molestando, seleccionar una y empezar a profundizar en ese tipo de molestia. Entonces, a partir de ahí creo que entraba la parte psicológica. Explicar que es lo que sentís, porque lo sentís, con qué lo asocias. Cosa que yo cuestionaba, pero me di el chance y si me dice que es rosado, me lo dice por algo. Si no dije rojo ni anaranjado fue porque a lo mejor significa algo en mi vida, que yo no tengo consciencia. Entonces esa es la forma de explicar lo que tengo verdad". Y estee... y bueno me parece que es importante, que es una forma también del cuerpo, diay de darse a entender.*

No obstante, ella durante esta entrevista cuestiona la técnica, en especial el asociar las sensaciones, y se preocupa por lo lógicas o correctas que estas pudieron haber sido:"

*Es que no se si el asociar, vuelvo a lo mismo... lo asocie porque necesitaba darle asociación con algo porque necesitaba darte respuesta, y entonces lo asocie con eso. [...] Si, me permitía hablar. Pero yo no sé si estaba hablando sobre una base cierta. Si eso que asocie era efectivamente válido. No sé si me explico.*

Cabe resaltar que la participante reconoce que descubrir estas asociaciones es parte esencial de la técnica y es algo que el cuerpo busca expresar. Así mismo, considera que es lo que más se le dificulta y, por ende, es lo que menos le gusta de la Focalización. En este momento de la entrevista la investigadora se siente incómoda con los cuestionamientos que hace Eugenia con respecto a la técnica, ya que considera que es una racionalización de parte de la participante.

Eugenia comenta que ha buscado utilizar la técnica fuera de las sesiones, pero atestigua que no ha logrado utilizarla de manera que pueda sentir un cambio, excepto en el sentido que le ayuda a respirar mejor. Esto es algo que sorprendió a la investigadora pues la participante no le había comentado al respecto durante el proceso. La participante menciona que al utilizar la técnica en la casa presenta dificultad en el momento en que busca asociar la sensación con algo de sí misma o su vida, pues se bloquea y se distrae. En este sentido, se entiende que es un proceso más difícil que una focalización guiada, más la investigadora observa también que hay una defensa emocional en Eugenia, quien busca entender de manera lógica lo que el cuerpo le dice y se le dificulta sin guía poder profundizar debido a que tiende hacia la “racionalización”. En este sentido el rol de la facilitadora es esencial para redirigir y guiar el proceso. Este momento de la entrevista fue difícil, pues la participante cuestionó reiteradamente la técnica, pero aun así Eugenia llegó a afirmar que durante las sesiones, con la Focalización guiada, los malestares corporales que se le presentaban efectivamente se reducían y aliviaban, e incluso desaparecían. También se considera que la participante, al querer y buscar utilizar la técnica fuera de la sesión, está expresando los beneficios que observó en ella, pues la considero lo suficientemente útil como para integrarla a su vida cotidiana.

#### *Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia*

La participante obtiene en el cuestionario aplicado al inicio del proceso un puntaje de 41 (de un máximo de 100 puntos), indicado que el impacto del SFM en su vida es moderado. El resultado después de la vivencia con la Focalización es un puntaje de 42, manteniéndose dentro de un rango moderado y con pocos cambios generales. Detallando

los resultados, se encuentran algunas diferencias principales en ítems referidos al bienestar general, trabajo y emociones:

- *¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?* Esta es una pregunta que se puntúa a la inversa en escala del 1 al 10. En el primer caso la candidata indica 10 (sentirse excelente) mientras que en el segundo cuestionario reporta un 5 (sentirse regular). Por lo tanto, la participante estaría reportando una disminución en su bienestar al iniciar el día. Este resultado es coherente con lo que la participante comenta en la entrevista final, en la que expresa que el inicio del día ha sido más difícil, pues ha estado sintiendo mayor malestar.
- *¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?* Esta pregunta se puntúa a la inversa y, tomando en cuenta lo reportado, la participante en la primera ocasión indica que se ha sentido bien solamente 1 día de la semana, mientras que en el segundo caso contesta 5 días, por lo que la participante percibe que su bienestar general ha mejorado. Se observa que a pesar de que al levantarse su bienestar ha disminuido pareciera que de manera general el resto de día el síndrome le impacta menos, pudiendo sentirse mejor.
- *¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?* Es un caso de diferencia favorable, pues en primera instancia, de una escala del 1 al 10, contesta un 8 y en el último cuestionario presenta un 4, por lo que la participante estaría reportando una reducción de impacto del SFM en sus emociones. Esto es algo que la investigadora atribuye a lo trabajado durante las sesiones, en las que las conexiones emocionales surgidas de las sensaciones corporales fueron descubiertas e incluso re-significadas con la Focalización.

- En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿Hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar? En una escala del 1 al 10 (10 indicando máxima dificultad), en el primer cuestionario la participante contestó 4, mientras que en la segunda ocasión indicó 10, por lo que Eugenia percibe aún más que el SFM le dificulta sus labores. Esto es de interés, pues se ha de recordar que para Eugenia el “acallar” el dolor y continuar con sus actividades era algo vital al inicio del proceso, y pareciera que ahora está escuchando más los malestares del cuerpo y dejando de realizar algunas actividades debido a ello.

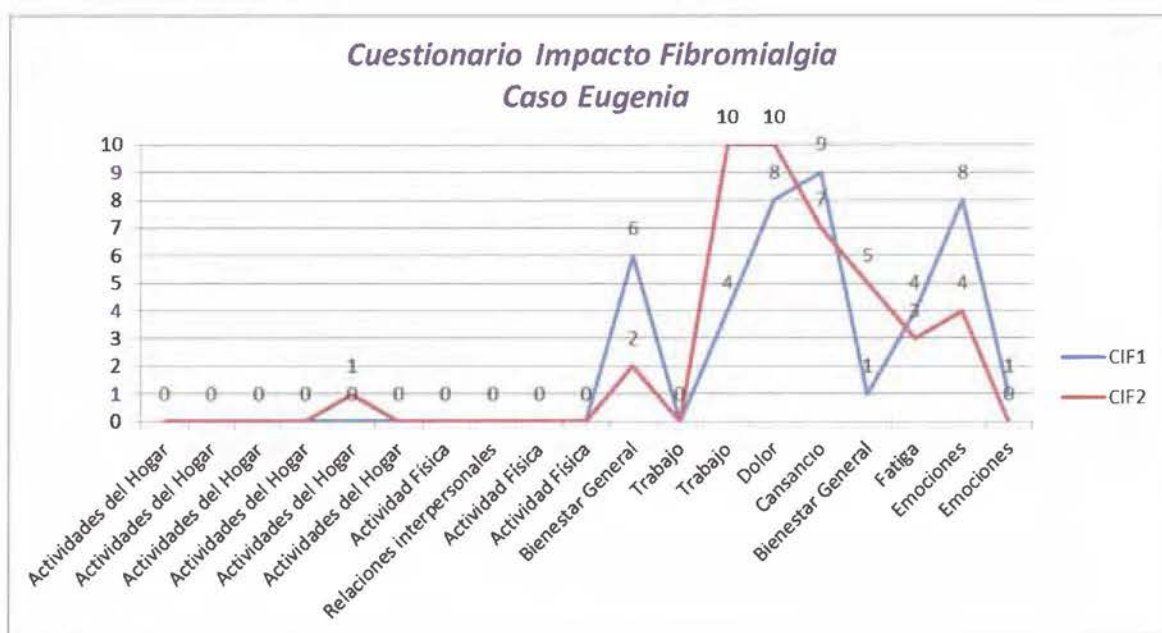


Figura 4. Resultados del Cuestionario de Impacto de Fibromialgia - Caso Eugenia.

Según estos resultados, se observa que la participante, después de la vivencia con las sesiones de Focalización, presenta algunos cambios en mejoría en su bienestar general y en emociones como la tristeza y angustia, reduciendo el impacto del síndrome en estos

ámbitos. No obstante, el dolor aún es un factor importante y limitante para los quehaceres diarios, por lo que de manera general se mantiene el mismo nivel de impacto del síndrome. En el resto de los ítems, el movimiento es menor pero se puede notar que después del proceso de Focalización existe una conciencia mayor o percepción más clara de Eugenia con respecto al impacto que el SFM tiene en su vida.

### Análisis del caso

La vivencia con la Focalización en este proceso resulta ser una experiencia sumamente novedosa para Eugenia, pues previo a esta investigación la participante no tiene un acercamiento formal a algún método o terapia psicológica ni a algún espacio formal de introspección o reflexión sobre su vida, por lo que esta técnica le permite trabajar asuntos anteriormente inexplorados.

En las primeras sesiones ella demuestra dificultad para realizar y profundizar en cada paso de la técnica. Se nota que la participante necesita tiempo para relajarse, entrar al cuerpo e identificar sensaciones específicas. El respirar y prestar atención al cuerpo es algo sorprendente para la participante. El uso de un asidero es un elemento útil para ella pues le permite describir ampliamente una sensación que usualmente no profundizaría. El momento de mayor dificultad, y que se mantiene durante todo el proceso, es cuando se pasa a las resonancias y a buscar o descubrir posibles conexiones de las sensaciones corporales con pensamientos, emociones y vivencias. En estos momentos es cuando ella racionaliza, buscando causas lógicas y concretas para lo que siente, mostrando una resistencia a profundizar más allá de lo físico.

Con el tiempo la participante va conociendo más la técnica, y logra cada vez más explorar su cuerpo, escucharlo y profundizar en el mensaje. El rol de la investigadora como facilitadora de la técnica resulta ser clave, para re-direccionar la atención de la participante hacia el cuerpo y las emociones, siempre de una manera respetuosa según el momento y proceso que estuviera teniendo la focalizante. Las sesiones más importantes en este caso fueron la sesión 3 y la sesión 8. En la sesión 3 la participante, con guía de la facilitadora, logra hacer una conexión entre la sensación sentida y algo que no es físico, sino interno y personal: su carácter. En la sesión 8 se profundiza aún más pues es la primera ocasión en que ella profundiza en elementos emocionales (de abandono, soledad, tristeza) que surgen de la sensación sentida, la cual es referente a un síntoma del SFM que se presenta usualmente en el rostro. Además en esta sesión es la primera vez que se logra pasar a la etapa de accionar de la técnica, en el que ella busca sentirse mejor a través de la búsqueda de cariño de sus familiares más cercanos y es consciente de que su cuerpo le ha dado un mensaje con esa sensación sentida.

También es importante resaltar que los principales asuntos trabajados durante las sesiones son el auto-concepto y las relaciones personales de la participante, que son ambos elementos de la calidad de vida. Al analizar los resultados se logra concluir que es ahí donde más impacto tuvo la técnica, además de la mejoría en su vivencia corporal.

Por otra parte, en la entrevista final, la participante demuestra que fuera de las sesiones ella continuaba racionalizando lo sucedido, y debido a que no se tuvo un espacio para conversar al respecto, parece que ella no integró lo vivido en las sesiones con los cambios que se generan en su vida durante el proceso. De hecho en la entrevista la participante menciona cambios pero no los describe explícitamente como algo que sea

diferente a su vivencia de los meses anteriores, ni remite a la Focalización como un elemento que favoreció o impactó en su vida. La investigadora considera que es posible que en alguien como Eugenia, que gusta de la conversación, del detalle, la lógica y es muy “racional”, requiera una mayor profundización y tiempo con la técnica, e incluso sesiones terapéuticas en las que se converse lo sucedido y se puedan deslumbrar e integrar los avances y las limitaciones durante el proceso.

### *Síndrome de Fibromialgia*

El síndrome de fibromialgia en Eugenia presenta el dolor como mayor síntoma, principalmente en espalda y rostro. Esto se mantiene al final del proceso y la participante también reporta malestar al levantarse. Además, el impacto del síndrome, desde lo reportado en el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (CIF), se mantiene en el mismo nivel, el cual es moderado.

Al detallar los resultados se observa mejoras en la sensación de bienestar general y mayor percepción o consciencia de Eugenia con respecto al impacto que tiene el SFM en su vida. Esto también se ve reflejado en que en el primer dibujo realizado la participante expresa que no habría mucha diferencia si tuviera o no el SFM, mientras que en el segundo dibujo expresa que sería diferente sin SFM, porque presentaría menos dolor. Después de las sesiones también demuestra tener más presente las emociones y reporta mejoría, según el CIF, en las emociones de angustia y tristeza.

En las sesiones de Focalización el dolor estuvo presente, aunque las partes del cuerpo donde se presentaba no eran las reportadas por la participante como las zonas más



usuales de la Fibromialgia, excepto por algunas sensaciones que se ubicaban en la cabeza y/o rostro. Debido a ello se designó una sesión para estas zonas, y fue de las sesiones de mayor profundidad. Es posible que estas partes del cuerpo no se focalizaran en las sesiones debido a que la participante ya tenía mucha claridad sobre estas zonas como las “afectadas” por el síndrome y tenía un discurso racional definido para ello. Por ende, el focalizarlas podría haber sido muy amenazante para la participante, y entonces se habría presentado una racionalización inmediata. Esto aunado a que la participante estaba acostumbrada a evadir estas sensaciones.

Cabe resaltar que cualquier dolor o malestar físico presentado en las sesiones fue aliviado o incluso llegó a desaparecer por completo. Esto podría indicar que la técnica de Focalización es una herramienta terapéutica eficaz para contrarrestar malestares del síndrome, ya que les presta atención, los utiliza y transforma para encontrar bienestar, más para ello puede necesitar usarse de manera más continua (ej. Diariamente, o cuando se sienten malestares en el día a día para así reducirlos en el momento, versus en sesiones programadas).

Con respecto a los métodos de afrontamiento, durante y después de las sesiones se mantiene el tratamiento médico, al igual que los ejercicios que realiza la participante. Se observa que una de las formas de afrontar el síndrome es el rechazo de la sintomatología, del dolor, y es importante para Eugenia mostrarse fuerte ante ello. Incluso busca nuevos medicamentos (alternativos) que puedan ayudarle a “acallar” los síntomas. Sin embargo, después de las sesiones se observa que la participante está más atenta a que estos dolores pueden significar un mensaje, y que no es del todo negativo. Por consiguiente, aún existe un rechazo pero los síntomas se han re-significado positivamente en alguna medida. Se

observa que distraerse y las actividades de auto cuidado son los principales métodos de afrontamiento aunque la participante no los reporte como tal. Es de interés que la participante menciona como método de afrontamiento la Focalización y que ha procurado implementarla por si sola. No se podría considerar un método que le haya resultado efectivo al aplicar pues al hacerlo sola tuvo dificultades (lo cual es usual, pues es una técnica que se recomienda con guía), pero durante las sesiones si demostró alivio de malestares físicos. Cabe resaltar que el único método de afrontamiento nuevo de la participante es un medicamento alternativo que empezó a utilizar en la última semana del proceso, por lo que no se considera determinante en cambios observados en el SFM.

#### *Calidad de Vida*

Al inicio del proceso la participante reporta que el mayor impacto del SFM es en su relación consigo misma, las limitaciones y el miedo por lo que esto pueda involucrar en el futuro. Esto se mantiene aún al final el proceso pero según los hallazgos del CIF, se presenta una reducción en el impacto del SFM en las emociones de angustia y tristeza.

Con respecto a las relaciones también se observa un cambio, especialmente en que amplía su interacción a personas fuera del núcleo familiar. Además, la relación con su madre, que fue profundizada en las sesiones de Focalización, tiene ahora otro enfoque. Al inicio del proceso ella se relaciona con su madre desde el rol de cuidadora e incluso comenta que el momento del día que menos le gusta es cuando debe bañarla. Al final del proceso expresa que ahora busca interactuar más cuando la madre se encuentra lúcida, y ya no es el momento del baño mencionado como el de menor agrado. Esto se considera un logro de las sesiones de Focalización, en el que se ahondaron emociones de frustración e

impotencia ante la situación con la madre, y la participante fue empática consigo misma en cuanto a lo difícil del asunto y se observó que empezó a tener más consciencia del impacto que la situación tenía, y cómo ella podía resolverlo.

En cuanto el auto concepto de Eugenia se observa un cambio al finalizar el proceso, demostrando que se percibe a si misma de una forma más positiva, y que al describirse se enfoca más en lo interno (lo que ella piensa de sí misma) que en lo externo (lo que otros piensan de ella, o lo que el SFM o características del Asperger – que la participante no tiene como diagnostico - determinan de su personalidad). Incluso se observa un cambio en una característica que se profundizó en las sesiones, el cual es su carácter fuerte. También se observa que después del proceso se aumentan las actividades de auto cuidado, e incluso tiene un día solamente para ella, que indica que la participante se considera a sí misma como importante, buscando invertir en ella misma.

En general, se analiza que en cuanto a la calidad de vida el auto concepto y relaciones mejoran, y la participante se ubica como la persona más importante en su vida. También se observa que la Focalización le ha permitido conocerse y empoderarse ante situaciones difíciles en su vida.

### *Vivencia Corporal*

La participante manifiesta, desde el inicio de proceso, que el cuerpo es importante, por la imagen ante los(as) demás y por la salud, lo que se mantiene después de las sesiones, y se agrega que ahora Eugenia considera que el cuerpo tiene un mensaje envuelto en las sensaciones que manifiesta. Se observa que ahora ella, cuando habla de su cuerpo, hace más uso de las emociones, las cuales fueron profundizadas por medio de la Focalización.

En primera instancia la participante demostró una dificultad relevante para identificar sensaciones. Se notó que Eugenia no estaba acostumbrada a “escuchar” sensaciones corporales, e incluso buscaba “acallarlas”, por lo que la técnica implicó un cambio en la forma en que ella se relacionaba con su cuerpo. En el transcurso de las sesiones ella demostró una facilidad progresiva para identificar las emociones y describirlas en profundidad. Es de interés que ella reporta en las primeras sesiones que se le “obliga” a repasar el cuerpo y que esto es algo sorprendente, para luego expresa en las siguientes sesiones que esta “obligación” es lo que más le gusta de la técnica.

Durante todo el proceso se observa en la participante una racionalización al relacionarse con el cuerpo. La participante busca explicaciones “racionales”, “lógicas” y principalmente físicas para sus sensaciones. Es decir, su relación con su cuerpo es física, por lo que bloquea emociones y pensamientos profundos, racionalizando su vivencia. Esto se fue disminuyendo con las sesiones, y aunque nunca desaparece, se analiza que ella logra profundizar y enfatizar en la conexión entre emociones, pensamientos, vivencias y las sensaciones físicas. Descubre sensaciones como angustia, impotencia, frustración y enojo, acciones en su vida como callar o alejarse de sus seres queridos le afectan, y que su carácter le repercute en la salud. Todo esto desde el trabajo que se realiza desde el cuerpo.

También se puede afirmar que al iniciar el proceso existe en Eugenia poca asociación entre sensaciones corporales, pensamientos, emociones y situaciones de su vida, y que mientras transcurren las sesiones disminuye el juicio o cuestionamiento de la participante de asociar la vivencia física con otros elementos de su vida. No se llega a

observar que la participante logre un nivel de vivencia corporal en que pueda integrar todos los elementos y ser consciente de ello en todas las situaciones, pero si hay una profundización y mejoría en su conciencia corporal.

Además se analiza que la mejoría fue progresiva. A medida que se fueron explorando, por medio de la Focalización, las sensaciones sentidas en el cuerpo, y se pudo trabajar un mismo asunto o sensación en repetidas ocasiones, desde distintas alternativas, la conciencia y vivencia corporal fue aumentando. Es posible afirmar que este proceso de conocimiento y sanación emocional y corporal toma tiempo, y que algunas sesiones de Focalización pueden comenzar el proceso de sanación más no obtener un resultado inmediato.

#### *Focalización*

La participante es una mujer cuya profesión está relacionada con las ciencias de la comunicación, y para ella la explicación, la lógica y detallar el conocimiento son elementos importantes al comunicarse. Esto se nota tanto en las entrevistas como en las sesiones, por lo que la Focalización viene a ser una vivencia fuera de la “zona de confort” de Eugenia, siendo una autoexploración que no es tan racional. Cabe resaltar que este proceso fue el primer espacio de introspección, reflexión personal y acercamiento a un método psicológico formal que experimentaba la participante en su vida.

En este sentido se puede observar que la habilidad, de la que Gendlin afirma, que tienen las personas para conectarse y expresarse desde su cuerpo (versus lo racional) no se encuentra tan alta en la participante. Por ello se presentaba una dificultad en ella para

identificar, describir, asociar y buscar soluciones en el cuerpo, e incluso de conectar lo vivido en el cuerpo con su discurso racional. No obstante, se puede afirmar que Eugenia logra superar estas dificultades en cierto grado, y alcanza una profundización moderada.

Se observa, en las sesiones que la participa logra conectarse con el cuerpo, le brinda un significado diferente a sus sensaciones corporales, y esto luego resulta en un alivio de los malestares físicos al finalizar la sesión. También se observa que descubre elementos de sí misma y de su entorno que, aunque anteriormente presentes, no había explorado. Se analiza que en las sesiones se logra hacer conexión entre estos descubrimientos y otras emociones, pensamientos y sensaciones.

Por otra parte, se nota que la participante no hace una conexión clara entre lo sucedido en las sesiones y el impacto que esto tiene en su vida cotidiana. Es decir, ella reporta en las sesiones algunos cambios y la investigadora los observa, más la participante llega a expresar que no hay grandes diferencias a partir de la Focalización. Un ejemplo de esto, y no es el único, es que ella habla en la entrevista de su carácter y cómo ella percibe que éste le afecta en la salud, y que ha cambiado en este sentido, pero no expresa que esto es algo que ella descubre a partir de la Focalización (siendo un tema trabajado en las sesiones). La participante incluso afirma que la Focalización solamente le ha impactado en reducir malestares durante las sesiones (y solamente en ese espacio) y que el principal beneficio es que le ha ayudado a respirar mejor. Se analiza que a nivel mental, cognitivo, la participante aún requiere “digerir” o comprender lo sucedido, e incluso demuestra en la entrevista final un cuestionamiento por si lo sucedido en las sesiones es “lógico”. Es de interés que Eugenia reporta haber intentado probar la técnica por sí sola, fuera de las

sesiones, y se podría interpretar en esto que la participante le vio valor suficiente como para querer usarla.

Debido a estas características encontradas en el proceso, el rol de la investigadora acompañante fue importante, para lograr que la participante profundizara en sus sensaciones y no se detuviera al cuestionar o buscar racionalizar el proceso. En general, el rol de la investigadora fue de enseñar la técnica en un inicio, profundizar lo expresado, buscar relacionar las sensaciones y luego en re direccionar cuando se presentaba un bloqueo o resistencia. Se resalta que al avanzar en el proceso fue menos directivo este rol, siendo solamente una guía y compañía. Se pudo observar que entre más se iba relacionado con el cuerpo, menos cuestionaba la participante y fluía más en el proceso. Puede concluirse que en un caso como el de Eugenia, que tiende a valorar el discurso racional y cuestionar lo que no calza en él, se necesite una persona acompañante o de apoyo en el proceso que le valide lo que se encuentra experimentando. Incluso en la segunda entrevista la participante comenta que podría ser mejor vivenciar esta técnica en un grupo con otras mujeres que presentan Fibromialgia, donde ella pudiese comparar su vivencia.

En síntesis, la Focalización en este proceso permitió que la participante tuviera alivio de dolores y malestares que se presentaban durante las sesiones, aunque no hubo una diferencia significativa en la sintomatología fuera de los días en que se implementaba la técnica. La participante también logró mayor conciencia del mensaje corporal del dolor y del impacto que la fibromialgia tiene en su vida, encontrando algunas soluciones desde el cuerpo que le permitieron tener mejores relaciones con diversas personas en su vida y mejorar su auto-concepto y enfoque en sí misma. También se presentaron algunos

obstáculos mentales y emocionales (racionalización), que limitaron el aumento de la vivencia corporal y la profundización con la técnica.

En general se observa que la técnica de Focalización tuvo un alcance positivo en la calidad de vida, vivencia corporal y en la consciencia que tiene la participante del impacto del SFM en su vida. Se analiza que existe un alcance limitado de la Focalización en la sintomatología del síndrome, pues se logra reducir el dolor y los malestares corporales solamente durante las sesiones.

### **CASO ISABEL**

Isabel es una mujer muy activa que ha convivido con el diagnóstico de Síndrome de Fibromialgia por 7 años. Su principal síntoma es el dolor en la espalda, hombros y cadera. También tiene fatiga y dificultades para dormir, por lo que toma medicamentos para facilitar el sueño. Como principales métodos de afrontamiento con el malestar físico, está el uso de analgésicos, actividades de auto realización (cursos libres de costura, bordado y habilidades para la vida), así como actividad física, principalmente zumba. Estas últimas herramientas representan elementos distractores para el dolor y cansancio. Al inicio del proceso indica “no dejarse vencer” por el cuerpo.

Además de mantenerse activa físicamente, Isabel busca tener espacios de auto cuidado, como los masajes y espacios para ella misma. La lectura, el bordado y asistir a sus citas médicas de control son partes importantes de su vida. Isabel ha tenido un proceso terapéutico de carácter psicológico cada dos meses y durante este estudio no tuvo citas de



esta índole (el proceso duró dos meses aproximadamente). En ese acercamiento, trabajó temas como la infidelidad y su relación con su familia de origen.

La mayor parte de su tiempo se concentra en labores del hogar, ya que lleva algunos años pensionada. Ella expresó sentir la necesidad de cuidar a su familia. Durante el proceso Isabel mantuvo sus actividades fuera de las labores del hogar y al finalizar el proceso mostró interés por probar otras actividades, no obstante estas ya no funcionaban como distractoras, sino como facilitadores de bienestar general.

Su auto concepto y autoestima al inicio del proceso se basaba en lo que los demás percibían de ella y se denotaba de calificativos autocríticos fuertes. De igual forma no se consideraba atractiva y en general, poco femenina. Conforme avanzaron las sesiones Isabel se vio desde adentro de manera distinta y experimentó sensaciones sentidas de antagonismo, las cuales relacionó con experiencias de señalamiento externo y dolor. Después de las sesiones, Isabel se descubre distinta, empoderada y lista para afrontar lo que venga en el futuro.

En cuanto a sus relaciones interpersonales, se notó un cambio en el proceso ya que al inicio la mayor parte de sus actividades y vínculos estaban en el hogar y después de las 10 sesiones había recuperado lazos de amistades e incorporado espacios con estas personas. La vinculación más difícil era con su esposo, asociada con sentimientos de dolor y resentimiento por experiencias pasadas. Durante el proceso comienza a redimensionar y re significar este vínculo. Al final de las sesiones Isabel orienta su atención a sí misma en todas sus relaciones y no solamente a una relación de matrimonio complicada.

La relación de Isabel con su cuerpo al inicio del proceso es distante, de control y lucha, permeada de sentimientos de frustración y enojo. Su acercamiento a la Focalización al inicio fue ansiosa y con resistencias racionales. Sin embargo, cada sesión Isabel fue explorando y confiando en su cuerpo. La profundidad de las sensaciones sentidas le sorprendió, así como las reacciones “involuntarias” como el llanto o el entumecimiento de las manos. Las sensaciones sentidas se relacionaban con emociones de culpa, señalamiento y dolor del pasado e incluían imaginería similar.

Al finalizar las sesiones Isabel se sentía distinta en su cuerpo, confiaba en él y afirmaba que sabía que si algo le dolía “el cuerpo le está diciendo algo” y por ello era importante.

#### *Entrevista Inicial*

En la entrevista inicial, se documenta que la participante es una mujer pensionada, en el rango de edad de 50-60 años, casada, con cuatro hijos. En su momento trabajaba como administrativa y actualmente se dedica al hogar y cuidado de su familia.

En cuanto a sus relaciones interpersonales, comenta elementos importantes como su relación compleja y poco cercana con su esposo:

*(...) si tengo problemas a nivel conyugal, pero fue una de las cosas que me hizo ver la psicóloga en una de las últimas sesiones... me dijo: “es que usted tiene que darse cuenta que eso es un pequeñito espacio en su vida” (...) por ratos me considero feliz, pero por ratos ¡oh dios! no es que sea infeliz...pero hay algo que... esas sensaciones de las que usted me hablaba ahora. Si yo sé que es como un nudo en la garganta. No me considero infeliz pero es eso.*

Isabel se encuentra abrumada por su situación emocional de pareja, por tanto la psicóloga que visita cada dos meses, le señaló que no es el único aspecto de su vida. De

hecho las pocas veces que lo menciona en la entrevista, le quita relevancia y comenta que le ha generado roces con sus hijos por tratarles como mensajeros con su esposo, ya que ella se rehúsa a hablarle. Esta situación, le genera malestar y, si bien no dice ser infeliz, manifiesta inconformidad, en especial porque su momento de estar con ella misma, que podría ser al acostarse, comparte cuarto con él y se “traga” sus emociones y pensamientos. Es también menester señalar que Isabel expresa una lectura clara de su función familiar, se asume como responsable del cuidado y las tareas del hogar, y expresa insatisfacción ante la demanda de servilismo de sus hijos.

*(...)A ratos siento que parte de las cosas que eche de ver, de menos cuando me pensione no fue el trabajo; porque trabajo tengo mucho en la casa, sino más que todo la parte de relacionarme. Esteeee porque muchas veces quiero decirles algo, comentarles algo o preguntarles algo y tengo que tocarles la puerta para que salgan del cuarto. A veces me abren, me atienden, a veces me dicen “estoy ocupada” “estoy ocupado”. Entonces me tengo que guardar.*

Al escucharla decir estas sensaciones y emociones, la investigadora acompañante se identifica con ese sentirse, en ocasiones poco escuchada o incluso ignorada. La investigadora se sintió agradecida por la confianza y apertura y procuró dejar esos asuntos, que hacían eco en su cotidianidad y que le reflejaban algo, para digerirlos después de la entrevista y estar totalmente presente y atenta a la experiencia de la participante.

Lo anterior también puede relacionarse con aspectos de su infancia. Isabel comenta haberse sentido descalificada, juzgada y comparada con su hermana mayor en su infancia. Así mismo, comenta haber tenido experiencias de violencia doméstica y estrés familiar relacionado con la enfermedad de alcoholismo de su padre. Lo anterior se asocia con sentimientos de inferioridad y soledad vividos desde edades tempranas, lo cuales no fueron, ni han sido, exteriorizados hacia su familia de origen.

La participante fue diagnosticada con SFM en el 2006, cuando fue referida a la Clínica del Dolor. Ahí la atendieron por un año y luego acudió al EBAIS de su comunidad, donde recibe atención médica y psicológica en la actualidad. Isabel reporta tener dos síntomas principales, dolor y trastornos del sueño. Por otros comentarios realizados, la investigadora observa que ella manifiesta depresión y fatiga generalizada. Isabel afirma como mayor síntoma el dolor intenso en cuello, hombros y cadera. Manifiesta que cuando el dolor es muy intenso, sobretodo el de la cadera, suele sentirse triste y frustrada porque no puede moverse y percibe que eso la limita. Esta tristeza que siente hacia sí misma, está relacionado con el deseo que tiene por hacer muchas cosas y que, al no poderlas realizar, se siente “inútil”. Del mismo modo indica que el insomnio hace que sus dolores se intensifiquen al día siguiente: *¡Ufff! Si claro, si, si... entonces claro; cuando duermo tan mal jajaja al día siguiente por más ibuprofeno, por más acetaminofén, paso un día.*

Si bien la participante fue diagnosticada hace 7 años, ella afirma no haberle dado mucha importancia al diagnóstico, inclusive lo aceptó con facilidad, aún cuando recuerda un comentario de una persona allegada, cuestionándole el síndrome: *“Uy Isa, es que ahora los doctores a todo lo que no le encuentran sentido, le llaman fibromialgia” jajajajaja entonces claro, yo dije “oh ¿será o no será?”*. Isabel efectivamente afirma que el principal cambio que le ha generado experimentar el SFM ha sido el acostumbrarse a sentir dolor: *“Lo que sí, he tomado consciencia de que es algo... imagínese, 2006, 2007, 2008, 2009... o sea ya llevamos bastantes años en eso. Yo aprendí a convivir con el dolor.”*

La experiencia que ha tenido para afrontar del SFM ha estado principalmente orientada desde la medicina tradicional, incorporando elementos de carácter farmacológico

para disminuir el malestar. Inclusive, Isabel fue referida a la clínica de su comunidad, porque la Clínica del Dolor atiende casos más severos, según le indicaron. Cabe mencionar que un enfoque biopsicólogo de la enfermedad se ve reflejado en la percepción de Isabel en cuanto a la atención recibida por un profesional en medicina:

*¡Oh Dios! me encontré a una persona, una fisiatra que primero que todo, cuando conversábamos...yo llegaba a consulta y volvía a ver hacia las paredes y nunca me daba la vista y era una consulta, así rapidito, rapidito y yo sentía que no me daba atención a lo que yo llegaba a contarle.*

Se considera que esta demanda de Isabel hacia el profesional de salud, expresa su necesidad de atención y validación de su experiencia, así como la importancia de su sentir. Por otro lado, su experiencia con el enfoque médico cambió en el centro de salud primario, donde además de recetarle medicamentos como ibuprofeno y acetaminofén para el dolor y una dosis de amitriptilina para poder dormir, le refirieron para recibir acompañamiento psicológico. Este último lo tiene desde aproximadamente 7 meses previo a la entrevista y tiene una frecuencia de cada dos meses. La participante afirma que el impacto de estos medicamentos y sesiones psicológicas, en conjunto, la han ayudado a disminuir la intensidad del dolor e identificar errores para luego corregirlos: *“Si porque bueno me guía. Me dan algunas pautas. Me ayuda a ver con claridad algunos aspectos. Me ayuda a tomar consciencia de algunos errores.”* No obstante, la dificultad para dormir no ha podido ser contrarrestada e Isabel comenta que pese al relajante que toma por las noches, le cuesta dormir. Es decir, que los elementos farmacológicos y psicológicos de afrontamiento son parcialmente satisfactorios para aliviar o disminuir los síntomas que generan malestar y que están asociados al SFM en el caso específico de Isabel.

Así mismo, ella ha incorporado actividades adicionales en su rutina para el auto cuidado, entretenimiento y crecimiento personal. Estas incluyen clases de Zumba, clases de bordado y cursos libres universitarios, cuyo énfasis está, según comenta, en crear espacios de reflexión y facilitar herramientas para la re-significación de la vida, o bien, el fortalecimiento de habilidades sociales y personales.

*“cosas que (...) sé qué debo hacer y no las hago. Por ejemplo en uno de los cursos... “aprendiendo a vivir” que estoy llevando, conlleva que haga una autobiografía. (...) yo necesito escribir mucho, sacar mucho...pero no lo puedo hacer porque; al haber tanta gente en la casa yo no tengo tiempo así como sola, sola, sola.”*

En el fragmento anterior de la entrevista, se evidencia que Isabel sabe que tiene cosas que ha “guardado”, pero que no siente que tiene espacio para sacarlo o explorarlo, dentro de su propia casa. Es decir, ahí no puede concentrarse y que, entonces, recurre al sueño o a la fase de descanso como elemento protector o separación del espacio de otros y su espacio:

*Entonces sí... si yo quisiera tener como (pequeño suspiro) más espacios como para sentirme relajada y en la noche...lamentablemente de noche podría ser un espacio...pero ahora me doy cuenta que un mecanismo de defensa que yo asumí fue acostarme temprano.*

Cabe destacar que Isabel tiene problemas para conciliar el sueño y que al mencionar a este como su mecanismo de defensa, sería poco efectivo y al no poder descansar, el síntoma el dolor se intensifica.

La vivencia corporal de Isabel en esta primera entrevista refleja que no solo está acostumbrada a vivir con el dolor, sino que también, tiene un deseo y un impulso por “no dejarse” dominar por sensaciones dolorosas y como principal método de afrontamiento recurre a los medicamentos y a distractores. Es decir, que Isabel para vivir en su cuerpo, toma medicamentos que alivien sensaciones de dolor y recurre a paseos, ejercicios, cursos y

demás elementos para no prestarle atención al malestar experimentado: “No, yo soy de las que a pasar del dolor yo hago (...) Aunque me duela no me dejo, no me permito el que eso me postre.” Se evidencia una vivencia corporal de lucha contra los malestares de su cuerpo, que los vislumbra como algo que debe vencer y hacer callar. Además, su autopercepción corporal en el dibujo realizado es carente de elementos de feminidad y belleza:

*Isabel:(...) a mi concepto como muy masculino, por las líneas, no logro plasmar para mi concepto, líneas femeninas. En la parte de los hombros en determinado momento me salieron líneas como rectas, entonces eso me dio la impresión de rigidez, dureza y no flexible.*

*Investigadora: ok ¿qué sentimiento le genera el dibujo o las frases o palabras?*

*Isabel: ah bueno, y esta posición me da la impresión de... dice mi marido que yo soy matona. Como de...es que se me fue... como de retardora... como que estoy...emmm dispuesta...retadora.*

Otro aspecto importante es la calidad de vida, en cuanto al auto concepto. Basándose en el dibujo, ella indica que se siente insegura, triste y sola. Se observa que en la cotidianidad de la participante hay soledad y tristeza y que la relación con su cuerpo es de ira o de vacío.

Por otro lado, ella valora o considera importante el no evidenciar que esta triste o con dolor. De hecho, en varias partes de la entrevista menciona que calla su enojo, que nadie sabe que le está doliendo algo, porque ella lo disimula. La herramienta que ha utilizado para sobrellevar sus tristezas, dolores o angustias ha sido el silencio y el “tragarse” las cosas:

*Fulana que eso no me gustó o Fulana creo que esto no está bien”... eso yo no lo pude, en determinado momento, porque no contaba con las herramientas para llevarlo a cabo y temía lo que eso fuera a desembocar... entonces ahorita yo sé que eso me está cobrando una factura muy fuerte.*

Importante señalar que a pesar de que se siente orgullosa de “no dejarse llevar por la trampa” y hacer lo necesario para salir adelante, en este caso disimular y callar, ella logra

identificar una relación entre su silencio y su dolor o malestar al referirse a este como “factura muy fuerte”. Por otro lado, su experiencia con el SFM le ha permitido incorporar actividades de autocuidado que le permiten tener espacios gratos consigo misma, lo cual considera es un cambio positivo: “Yo creo que más bien ha sido en positivo porque he procurado darme mis espacios, chinearne, cuidarme y no hacer lo que sé que podría perjudicarme más.” De hecho expresa que la parte favorita de su día es cuando puede estar a solas e involucrar actividades de autocuidado, siendo este un elemento importante de afrontamiento del síndrome para la participante.

#### *Escala experiencial y observaciones*

En la sesión 1, la investigadora puntúa a la participante en la escala experiencial en nivel 2, ya que muestra mucha dificultad para entrar al cuerpo. Comienza describiendo sensaciones como dolor en los hombros y sensación de pesadez y dolor de cabeza, y demuestra incapacidad para relacionar situaciones con las sensaciones:

*Isabel: pesadez, dolor...*

*Investigadora: Una sensación de pesadez, de dolor que se siente en la espalda y te hace fruncir el ceño. (...) Aja ¿cómo es ese dolor?”*

*Isabel: pesado en el cuello (...) oscuro (...)*

La investigadora acompañante debe guiar totalmente el proceso y re direccionar las descripciones al cuerpo, y hacer reflejos de expresiones o movimientos observados para generar mayor profundidad:

*Investigadora: Te provoca una presión en el pecho y ganas de llorar. Ujum... si quieres llorar, dale la bienvenida (...)*

*Isabel: (...) Siento miedo*

Isabel expresa ansiedad y miedo al explorar las sensaciones corporales. Manifiesta tener ganas de llorar pero no llora, recurre a su racionalidad y a explicar lo que siente. No



logra identificarlo con alguna sensación en particular. Como parte de las observaciones relevantes de esta sesión está la anotación de que Isabel se mueve mucho pero mantiene su postura rígida. Además utiliza los gestos y manos para dar una mejor explicación a la investigadora, a pesar de tener los ojos cerrados. En este momento la investigadora se sintió angustiada y preocupada porque fue difícil para Isabel realizar la técnica, pese a la explicación previa a la utilización de la focalización.

La sesión 2 se puntúa en la escala experiencial en un nivel 3. Esto debido a que es una sesión más larga, con varias sensaciones en la parte superior de su cuerpo. Comienza identificando sensaciones de pesadez, luego de ardor y por último de dolor en diferentes partes del cuerpo. Cuando se le pregunta cómo se siente el cuerpo al escuchar alguna frase que ella dice, surge una nueva sensación en otra parte del cuerpo y entre estas se van conectando hacia el final de la sesión.

*Isabel: Pesadez*

*Investigadora: Pesadez, ok, ¿dónde está esa pesadez?*

*Isabel: Acá (Señala con sus manos la cabeza). Ok, quiero abrir los ojos y no quiero.*

*Investigadora: Ok, quieres abrir los ojos y no quieres, (silencio largo) okey... descríbeme un poquito más ¿Cómo podrías ver o explorar más como es esa pesadez?*

*Isabel: Pesadez que a la vez da alivio, es una sensación agradable, descanso. (...) No pensar en nada, tener la mente en blanco"*

*Investigadora: ok, tener la mente en blanco... ¿Cómo se siente tu cuerpo al escuchar esto: tener la mente en blanco?*

*Isabel: Resiste un poco el área del cuello y contrae y me provoca dolor (...) es rígido (...) es un crujir de la zona, la siento y la oigo crujiente.*

*Investigadora: ¿hay algo que te recuerde esta sensación?*

*Isabel: (silencio prolongado de varios minutos) es una lucha interna*

*Investigadora: ¿Que más me puedes decir de esta sensación?*

*Isabel: arde, es un escozor en el pecho.*

*Investigadora ¿has visto algo que se asemeje a ese escozor...?*

*Isabel: una luz blanca me llega y ya no siento ardor, se fue.*

Al inicio le cuesta encontrar la sensación pero trabaja cada vez con mayor nivel de profundidad y hay varios "cierres" de las sensaciones sentidas con respuestas a la pregunta

“¿Que necesita para sentirse mejor?”. Las sensaciones de placer y bienestar que devienen de cada resolución desde el cuerpo se tornan más intensas.

*Investigadora: ¿ay alguna situación presente o pasada que se asemeje a este miedo entre gris tirando a azul de tensión?*

*Isabel: ¡Dios! Las lágrimas brotan... (Se le dan pañuelos desechables y llora unos instantes)*

*Investigadora: no me tenés que contar que situación es... simplemente*

*Isabel: es que no puedo, esa oscuridad...brotaron solas, no puede controlar, vino de muy profundo. (...) el reprimir las lágrimas me provoca dolor de pecho y de espalda.*

*Investigadora: viene una sonrisa al decir eso*

*Isabel: ¡no entiendo! Es como una punzada.*

*Investigadora: Una punzada, ¿a qué se asemejan estas punzadas?*

*Isabel: momentos en los que he recibido palabras fuertes, donde no me queda más que callar.*

*Investigadora: pregúntale al pecho a esa sensación de punzada, ¿Qué necesita para sentirse mejor? Cualquier cosa que venga está bien...*

*Isabel: llorar no soluciona,*

*Investigadora: ¿Qué te dice el pecho? ¿Qué necesita el pecho para sentirse mejor?*

*Isabel: tener la oportunidad de decir que me molestarne porque me molesta, sin recibir una reacción que yo no pueda controlar y que ponga en riesgo la salvedad de mis hijos y mía. Entonces aunque me duela o me molesta me callo.*

*Investigadora: La respuesta que vino del pecho fue decir que me molesta, que me provoca (...).*

*Isabel: eso disminuye el dolor en el pecho.*

Como se observa en los diálogos anteriores, Isabel siente enojo y ansiedad al no entender las reacciones de su cuerpo. De la misma forma, las sensaciones de malestar entre cada pico de bienestar son también más marcadas. Estas últimas se generan a raíz de los reflejos de postura o gestos de Isabel. La participante logra relacionar las sensaciones con eventos e imágenes de personas específicas y "no puede controlar" las lágrimas, que según comenta, vienen desde muy adentro.

Como observaciones relevantes de esta sesión, se aprecia que Isabel mantiene una postura rígida al inicio. De igual forma que en la sesión anterior utiliza las partes de su cuerpo, principalmente cara, brazos y manos, para tratar de mejorar o explicar con mayor claridad las sensaciones. Isabel toma espacios de silencio para explorar la sensación y

poderla compartir. Del mismo modo, relaciona las sensaciones de malestar con situaciones en las que se ha molestado y ha callado. Utiliza frases importantes que denotan la importancia del acercamiento empático como "*llorar no soluciona*".

*Investigadora: pregúntale a tus sienes que necesitan para sentirse mejor*

*Isabel: Dios. Necesito ayuda de Dios.*

*Investigadora: ¿cómo se siente esa parte de tu cuerpo al escuchar necesito la ayuda de Dios?*

*Isabel: Con esperanza tranquilidad.*

*Investigadora: ¿Cómo podrías visualizar esa ayuda de Dios?*

*Isabel: Guía, fuerza. Fortaleza.*

*Investigadora: si fuera una imagen, una textura un sonido. ¿Cómo sería?*

*Isabel: una imagen de un abrazo. (Toma sus manos y se abraza a si misma)*

*Investigadora: date ese abrazo que te surgió hacer....dale la bienvenida. Con fuerza y mucho cariño.*

La sesión termina con Isabel abrazándose con la fuerza de Dios, con una sonrisa y lágrimas. Su postura, contraria a la del inicio, es relajada y ella sonríe. . La investigadora se sintió preocupada por la dificultad en Isabel para terminar en autoempatía o en una verdadera sensación de bienestar durante la sesión. Sin embargo el verla abrazándose a sí misma con mucho amor y conectada con Dios le conmovió. Pensó en lo importante que es abrazarse y esta imagen, hizo eco durante ese día. Quedo resonando la frase "*date ese abrazo con fuerza y cariño que viene de Dios*".

En la sesión 3 la puntuación en la escala experiencial es de nivel 4. Isabel logra entrar más rápido al cuerpo que la sesión anterior. Comienza a tener sensaciones con movimientos y logra bajar sensaciones hacia el abdomen, donde encuentra mayor imaginación. Salta entre sensaciones ante las preguntas que le invitan a relacionarlo con situaciones presentes o pasadas y utiliza frases como "*Me siento sola*" y "*Necesito soltar*". La sesión se desarrolló con dualidad entre luz y oscuridad, izquierda y derecha,

evidenciado la separación del cuerpo en dos: “*por un lado está la palpitación lado izquierdo. Lado derecho es más despacio, oscuro, diferente.*”

Algunas observaciones importantes e que Isabel utiliza más imágenes y sus manos en esta sesión e inclusive se muestra con mayor movilidad para describir las sensaciones; y esto le permite generar más conexiones:

*Isabel: hay una barrera entre lado izquierdo y derecho.*

*Investigadora: Ok, es una barrera que divide... ¿Qué más me puedes decir de esta barrera? ¿Cómo es?*

*Isabel: Es como una varilla. (Isabel utiliza ambas manos mientras explica que se siente desde la cabeza hasta las rodillas)*

Como logros principales, se observa que las sensaciones bajan al estómago y rodillas. La resolución de la sesión queda en buscar luz y energía de Dios, sin encontrar soluciones específicas o concretas. En esta sesión la investigadora sintió resistencia en Isabel y una tendencia a la racionalización. La dirección que le proporcionaba al proceso le resultó intensa, ya que debía direccionar preguntas al cuerpo y sus sensaciones para salir del plano racional. Se sorprende al ver que Isabel tiene sensaciones más fuertes y encuentra asideros específicos para identificar sensaciones sentidas.

En la sesión 4, la evaluación según la escala experiencial es de nivel 5. Isabel logra, después de presentar varias sensaciones en el cuerpo de dolor punzante, relacionar una necesidad de liberar y desahogar emociones:

*Isabel: Impotencia (...) Impotencia (...) como que genera ganas de explotar y liberar*

*Investigadora: Ganas de liberar*

*Isabel: Soltar enojo*

*Investigadora: Soltar enojo, de liberar. Y cuando decís estas frases tus manos se cierran presionando, como en puño.*

*Isabel: Es como la sensación de impotencia. (...)Entonces me enoja conmigo misma.*

*Investigadora: estás enojada con vos.*

*Isabel: (presiona sus manos más fuerte y se pone roja)*

*Investigadora:* Te estas poniendo un poquito roja... Dale el espacio a eso que viene.

*Isabel:* (comienzan a salir lágrimas)

*Investigadora:* (le da unos pañuelos desechables y respeta su silencio).

*Isabel:* es como si necesitara gritar. (...) Ahorita me viene a la mente un episodio.

*Investigadora:* te surgen ganas de gritar y recuerdas un evento.

*Isabel:* Hace muchos años en... cuando tuve la certeza de infidelidad, me acuerdo que recurría a una pared de mi cuarto y yo le daba y le decía a Dios ¿por qué? ¿Por qué? Yo sentí que había dejado todo lo que podía, lo mejor, lo que yo sentí y recibía eso. No fue la primera vez y yo deseaba golpear y golpear la pared. No era que yo quería darle a alguien, sino simplemente desahogar y creo que... es eso, es lo mismo (gesto con puno pegándose en la pierna). Tener la (...) sabiduría de tomar la mejor decisión, eso es lo que me enoja, que sentir bloqueo, no poder, sentirme incapaz de tomar decisiones por miedo a que viene. Eso me enoja mucho.

Utiliza frases como "estoy enojada conmigo misma". Llorar por varios minutos e identifica la relación de estas sensaciones con una experiencia pasada de infidelidad y la necesidad de desahogarse y tomar decisiones. Identifica sentirse enojada por no tomar decisiones por el miedo y descubre que calla para evitar tener una reacción de violencia en el otro(a). Identifica que necesita hablar y hacer saber sus sentimientos:

*Isabel:* es una punzada, un dolor de alma. Es dolor de alma. Es como dolor de corazón, es dolor de alma. Es un algo que yo siento y no lo puedo evitar. De momento, yo trato de hacer muchas cosas para no darle y darle pero...

*Investigadora:* Ok cuando decís eso, que haces muchas cosas, veo que tienes tus manos cerradas hacia el pecho.

*Isabel:* Si porque hace que todo es como engañoso. O sea en el fondo hay un problema y eso es algo que me da temor. (Llorar)

*Investigadora:* date el espacio para sacar esas lágrimas. Está bien. Este es tu espacio.

*Isabel:* (llora)

*Investigadora:* (espera unos minutos) ese dolor de pecho, del alma ¿Que necesita para sentirse mejor? Cualquier respuesta está bien.

*Isabel:* tener paz para hablar sin temor que haya una reacción de violencia. Solo necesito hacer saber mis sentimientos. Yo, no creo necesitar otra cosa (moquea). Es simplemente poder desahogarme, poder hablar sin miedo.

Como principales observaciones están que al inicio de la sesión la respiración es más profunda, demorada y se le dificulta entrar a las sensaciones. Tiene sensaciones en todo su cuerpo, ya no solo de la cintura hacia arriba. Surge de nuevo el tema de la oscuridad

versus la claridad. Isabel logra utilizar imágenes más concretas sin que estas le sean sugeridas, utilizando colores, texturas y formas. Ella logra seguir las sensaciones sentidas en su cuerpo y seguir el movimiento o la atención de las mismas a lo largo de la sesión. Una vez que habla de la situación, profundiza en la sensación de dolor y miedo y lo relaciona con un evento anterior de su infancia, al ver a su papá comportándose de manera agresiva y ella escondiéndose.

La sesión 5 la investigadora la puntúa en un nivel 5 de la escala experiencial. En esta sesión la participante logra conectarse de manera rápida con su cuerpo y tiene sensaciones sentidas conectadas entre las caderas y la garganta. Descubre que tiene miedo intenso a lo que vendrá, así como la necesidad de curar y encontrar la fuerza para afrontar una situación particularmente difícil. Utiliza frases como: "*No me permito explotar para evitar hacer algo que vaya a lastimar a alguien más*" e identifica que siente un enojo profundo ante la incapacidad de hacer lo que desea. Encuentra que estirarse y rendirse y decir "*Dios aquí estoy*" la tranquiliza y llena de energía:

*Isabel: No lo reflejo. A pesar de que me sienta así, no me permito explotar y poder hacer algo que vaya a lastimar a otras personas. Entonces es algo que yo me guardado.*

*Investigadora: Enojo con vos misma por no permitirte explotar o hacer cosas que afecten a otros (...) veo que al escuchar esto estas moviendo los dedos de la mano izquierda, ¿Qué estas sintiendo ahí?*

*Isabel: (respira profundo) La misma sensación de...la necesidad de sacarla. Como si todo se enfocara o se dirigiera en el lado izquierdo,*

*Investigadora: Pregúntale a tu mano o a cualquier parte de tu cuerpo, ¿Qué puedes hacer vos desde tu cuerpo para sentirte mejor?*

*Isabel: es (movimiento de puno pegando en su mano) ser clara, tener la capacidad de hablar puntual, exponer sin cometer errores.*

Como principales observaciones la investigadora acompañante reporta que a Isabel le es más fácil "entrar al cuerpo" ya que demora menos en la fase de despejando el espacio.

Mientras explora las emociones se mueve mucho y deja la postura rígida de las sesiones anteriores. Hay un factor externo de música clásica ambiente que le facilita conectarse con el cuerpo. Recorre con sus manos las partes del cuerpo de las cuales va hablando y en esta sesión las intervenciones de la investigadora acompañante son menos frecuentes, ya que ella direcciona más su ritmo y se conecta consigo misma.

En la sesión 6 la puntuación que se asigna es de 4 según la escala experiencial. En esta sesión Isabel presenta sensaciones muy fuertes de dolor y de división en los brazos y pecho, y continúa el tema de la dualidad entre la luz y la oscuridad. Identifica que tiene miedo a lo que vendrá y eso la inquieta mucho:

*Isabel: Es una sensación distinta. Hay luz de un lado y del otro hay oscuridad. Están divididas.*

*Investigadora: División entre luz y oscuridad.*

*Isabel: Si, el oscuro es espeso y la luz se hace más débil.*

Dice frases como " Hay algo que no logro recordar, quiero recordar y no puedo" y se pone inquieta al buscar la relación con algún evento presente o pasado. Para sentirse mejor busca el estiramiento de los músculos de los brazos. Siente con mucha intensidad la sensación dolorosa e inclusive se mueve y gesticula indicando el nivel de incomodidad. Comenta frases como "necesito descansar" y "necesito sacar la ira y enojo que está guardado" Ante una sensación que surge, medianamente placentera, que aplaca el dolor, acude a la descripción, y llega a relacionar el dolor y malestar con la relación con su madre y cómo la comparaba con su hermana. Resuelve quitar ese dolor y darse un abrazo de amor por sí misma.

Las observaciones de la sesión indican que Isabel comienza a hacer referencia de las sensaciones vividas en la sesión anterior, indicando que hay menos tensión a excepción de

los hombros. En general se muestra más a gusto moviéndose y actuando desde el cuerpo para buscar sentirse mejor. Utiliza mucho las manos para articular las sensaciones y usa elementos de texturas, sonidos, color, peso y volumen, acudiendo a la imaginación para aumentar profundidad en la sesión. La investigadora sintió que Isabel estaba más apropiada de su cuerpo. Asimismo, percibió una conexión y similitud entre las sensaciones sentidas. La facilitadora se sintió más confiada en sí misma y en seguir su intuición.

La puntuación que se le asigna a la sesión 7, es de 5 en la escala experiencial. En ella la participante descubre que el decir que necesita estirarse le genera ansiedad y las sensaciones en las distintas partes del cuerpo le llevan a señalar el querer sacar algo muy profundo. En la sesión está presente el tema del miedo y la inquietud, así como la división del cuerpo en dos partes. Al profundizar y continuar con la sensación, sale la necesidad de descanso y que al dormir puede lograr sanar, limpiar heridas. Resuelve agarrarse del pecho, gesticulando como si ejecutara dicha acción: " *Quitar, dolor, ira, enojo...*" y queda completamente cansada y con una sensación de liberación y luz, aunque algo débil por el esfuerzo. Liberada la ira, el dolor y el enojo, Isabel recibe la luz que invade todo el cuerpo:

*Investigadora: ¿Que necesita tu cuerpo para sentirse mejor?*

*Isabel: ¡Quitar dolor! (gesticula sacando una fecha de su pecho)*

*Isabel: ¡Quitar ira! (gesticula sacando una fecha de su pecho)*

*Isabel: ¡Quitar enojo! (gesticula sacando una fecha de su pecho)*

Las observaciones de la sesión indican que la participante guía su proceso mientras que la investigadora acompañante le sigue con reflejos de contenido y emoción. Isabel logra describir con mayor fluidez las sensaciones que se generan y tiene sensaciones en varias partes del cuerpo. Así mismo, usa muchas imágenes, como bolsas grises con plastilina, algo punzante en su pecho, un túnel con oscuridad y claridad. Se presenta una



sensación nueva, que se ubica en la pelvis. Se observa que para la participante es necesario hacer pautas pronunciadas para estirarse y hacer lo que el cuerpo le pide. Durante toda la sesión hay movimiento tanto en las imágenes como en el manejo del espacio físico, por lo que se sale completamente de la postura, y se permite explorar su sentir desde el cuerpo.

El nivel en el que se ubica la sesión 8 según la escala experiencial es de 6. Isabel experimenta una sesión fuerte, con descubrimientos de dolor en su niñez. Comienza la sesión tranquila y pausada, tocando las partes de su cuerpo que le duelen procurando estirarlas para despertar esas zonas. Cuando habla de estirar se remonta a una imagen de su niñez en la que se ve en una casa de madera sintiéndose sola y triste. Se ve a sí misma retraída y las lágrimas surgen al recordar este evento. Son imágenes que le resultan desagradables, viene a su mente y verbaliza frases como "niña mala". Aparece nuevamente un elemento de dualidad, ahora expresada entre mal portada y bien portada. El mal portada implica un peso interno. Ante la pregunta de que necesita su cuerpo para sentirse mejor ella contesta "Necesito librarme de esa culpabilidad y vencerla". Al decir esto se queda inmóvil, manifiesta sentirse incapaz, impotente y sola:

*Isabel: Es un dolor en los brazos (se toma sus antebrazos con las manos).*

*Investigadora: veo que te sujetaste las manos al describir la sensación de dolor en tus brazos. Te pregunto, ¿se asemeja esta sensación a la presión de dos manos en tus brazos? ¿Es una sensación como de unas manos sujetando tus brazos?*

*Isabel: (grito y gestos en su cara) ¡Oh Dios! (...) Veo a un hombre, no sé quién es pero es conocido. Me sujeta (comienza a llorar) Me fuerza y no puedo moverme. (Suda y tiembla mientras trata de hablar y llora fuerte y desesperada)*

*Investigadora: (le pasa pañuelos desechables) Aquí estoy Isabel, te estoy acompañando, aquí estoy. (Le acaricia la pierna de manera suave y deja su mano ahí, dándole contención).*

*Investigadora: (...) ¿hay algo que puedas hacer o que necesites para sentirte mejor?*

*Isabel: ayúdame, no puedo estirar los brazos y las manos las tengo entumecidas, ayúdame a estirarlas*

*Investigadora: (toma sus manos y trata de estirarlas. No lo logra)*

*Isabel: (Tiembla y suda)*

*Investigadora: (le pasa un almohadón del salón) Ten, trata con esto, haz lo que necesites y puedas para sentirte mejor.*

*Isabel: (toma el almohadón y lo retuerce por varios minutos. Suda y presiona con toda su fuerza. Finalmente lo suelta y se deja caer para atrás en el sillón).*

La investigadora acompañante invita hacer movimientos para librar culpa y la participante comienza a tener dolor intenso de presión en brazos e identifica que la presión es de unas manos de un hombre que la sujeta. Seguidamente recuerda una experiencia de abuso sexual a los 5 años y al revivir la experiencia no puede moverse por lo que investigadora debe ayudarle, a raíz de su petición, a estirar las manos y dedos entumecidos por el esfuerzo de resistencia. Posteriormente le da un almohadón para que descargue en él su energía bloqueada. Termina la sesión al llenarse de la luz y amor de Dios y puede mover sus brazos sin dolor.

Las principales observaciones son que Isabel sabe explorar las sensaciones de su cuerpo y las describe a profundidad, sin necesitar mayor intervención de la investigadora, quien interviene para acompañarle en el proceso. Una vez que encuentra la primera sensación en los brazos, se separa de la sensación y la terapeuta hace preguntas para re direccionar la atención y papel protagónico del cuerpo. Según lo que observa de los gestos de Isabel y su discurso, la investigadora llega a preguntar si la presión que siente es de unas manos que le presiona (en ese momento Isabel tiene sus manos en sus antebrazos mientras relata que siente presión muy fuerte en esta zona) Cuando Isabel asiente y descubre las dolorosas imágenes, llora fuerte y la investigadora la acompaña en ese proceso. Isabel le solicita a la investigadora estirarle los brazos, entumecidos por el esfuerzo de resistencia y al no sentir mejoría, la investigadora le da un almohadón a Isabel, quien afirma tener que hacer algo con las manos, por lo que retuerce el objeto hasta que libera la energía y se tira hacia atrás, agotada del esfuerzo. Al final de la sesión, la participante se muestra liberada.

Cabe resaltar que esta sesión genera estrés en la investigadora, quien sorprendida por la profundidad del descubrimiento de la sesión, debe actuar de manera imprevista ante la ansiedad y desesperación experimentadas por Isabel.

La sesión 9 es evaluada en nivel 5 en la escala experiencial. Isabel logra profundizar sensaciones en distintas partes del cuerpo, aún más en piernas y hombros. Si bien en un inicio se mantiene en sensaciones y relaciones que pueden parecer superficiales, logra entrar a una sensación que abre paso a una asociación con sus relaciones familiares. Isabel encuentra respuestas como *“he estado muy molesta conmigo misma y lo reflejé en mi relación con mi marido”*. Encuentra resolución en una sensación de luz y paz que viene de Dios. Dentro de las observaciones cabe mencionar que Isabel pudo explorar distintas sensaciones pero no quiso profundizar mucho en ellas.

El nivel identificado en la sesión 10 según la escala experiencial es de nivel 4. Durante esta sesión Isabel tiene sensaciones en el pecho y recuerda momentos en su infancia en los que se sentía sola y triste y con miedo, relacionadas con la comparación que sintió siempre con su hermana mayor. En la sesión ella llora con estos descubrimientos. La participante logra cerrar la sesión con una sensación placentera y resolviendo en el aquí y ahora las situaciones. Como principales observaciones están que Isabel puede guiar su proceso, sabe que puede llorar, moverse y estirarse. No necesita lineamientos de que es su espacio; ya está adueñada de éste. Se observa que necesita apoyo para salir de una sensación dolorosa hacia una sensación placentera o de empatía.

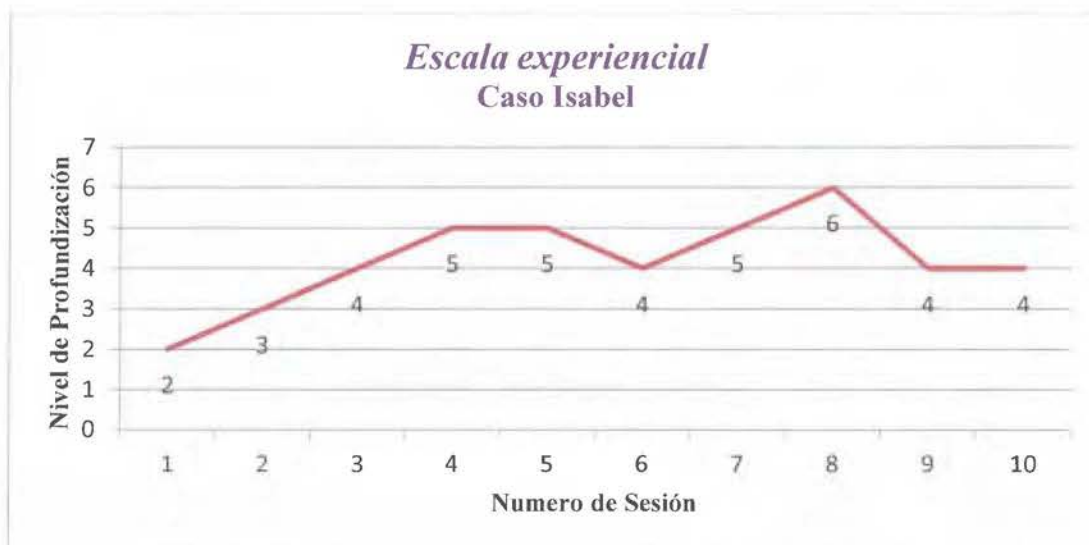


Figura 5. Resultados de la Escala Experiencial – Caso Isabel.

En el gráfico anterior se ve la evolución de la profundidad de la técnica según lo observado y percibido por la investigadora acompañante. En un inicio, Isabel muestra dificultad para “entrar al cuerpo” o identificar sensaciones en él, así como pose rígida y poca imaginación. La primera sesión es la menos profunda, lo cual puede explicarse por la poca familiarización con la técnica, la novedad de “escuchar al cuerpo” y por la tendencia a cuestionar racionalmente y buscar explicación lógica al proceso. En el transcurso de las sesiones va aumentando intensidad con cada sesión e Isabel se adueña del espacio, de su cuerpo y necesita menos intervención o sugerencias por parte de la investigadora para lograr describir las sensaciones. De la sesión 1 a la 8, se evidencia que ella utiliza más imaginación, así como sus brazos, manos y piernas para ayudarse a gesticular y explicar a cabalidad la sensación. La importancia del rol de la investigadora yace en la habilidad para re direccionar cuando la participante se enfoca en lo racional, y propiciar que preste atención al cuerpo. Esto permite que la participante evalúe su cuerpo y pueda genera más información, sobrepasando algunas resistencias cognitivas o emocionales.

La sesión 8 corresponde sin duda a la sesión más significativa, tanto en la habilidad para expresar las emociones como para encontrar relación con eventos o situaciones específicas. La identificación de un trauma corporal y emocional, antes desconocido, fue intenso y amenazante. La re vivencia de la experiencia de abuso sexual permitió que Isabel, desde el cuerpo, encontrara acciones para eliminar sensaciones de opresión, dolor y culpabilidad. Se considera que el acompañamiento de la investigadora fue de suma importancia, por la contención y guía. Al final de esta sesión, Isabel se muestra sorprendida del hallazgo pero liberada y aliviada del peso emocional del evento traumático.

Las últimas sesiones fueron menos profundas, lo cual puede explicarse por el pico experimentado en la sesión 8. En la sesión 9, previo a la focalización, Isabel compartió como se sentía después de los hallazgos en la sesión anterior. La investigadora estaba ansiosa, ya que no sabía que había sucedido y que sensaciones y emociones había experimentado en esos días. Isabel expreso su asombro y como le costaba aceptar este hecho doloroso, más expreso sentirse fuerte para afrontarlo y asumirlo. Es posible que ante este descubrimiento le genere ansiedad o miedo de encontrar situaciones similares o re vivir estas imágenes y sensaciones de nuevo. Cabe destacar que el nivel de profundidad es intermedio, por lo que se puede deducir que la conexión con el cuerpo se mantiene pese a las ansiedades que podría tener la participante.

Un elemento importante en este proceso es que entre cada sesión, Isabel habló con la investigadora de cómo se sentía durante la semana. Después de las sesiones fue necesario que conversaran para terminar de integrar lo que había descubierto en la sesión. Estos

espacios no estaban contemplados en la metodología del estudio, más el compromiso ético del acompañamiento del proceso lo hizo necesario.

### *Cuestionario Post Focalización*

En el cuestionario 1, aplicado en la sesión 2, la participante presenta un nivel de profundización de 87%, que sería alto, aún más al ser la primera ocasión en que realiza la técnica. En el cuestionario Isabel manifiesta que durante su proceso de Focalización, se interiorizan elementos antes ajenos y detalla en sensaciones dolorosas. Experimenta sensaciones que conocía anteriormente pero que se tornaron diferentes al prestarles atención. Además, un elemento nuevo que vivencia es el poder identificar la lucha interna que lleva en su cuerpo. Se le insta a ser auto-empática ante esta lucha y sensaciones aversivas. En cuanto a las sensaciones placenteras del cierre de Focalización, ella percibe que desde la sesión anterior estas perduran durante el día. Ella indica que el dolor disminuye de manera constante durante el día que focalizaba y que por ello no utiliza los medicamentos para el dolor. *“Esa experiencia significó no requerir medicamentos”*. Manifiesta que las sensaciones cambian pero la “oscuridad” no. Como elementos nuevos, señala sensaciones e imágenes como una luz verde esmeralda que le genera paz y bienestar. Cabe mencionar que cuando presta atención a una sensación o sentimiento no puede encontrar una imagen o sentimiento lo suficientemente específico. Indica que cuando se le sugiere que preste atención a las sensaciones y acuda a la imaginación, experimenta desahogo. Isabel afirma que esta técnica es diferente al lograr una mayor concentración y relajación a la vez. En esta sesión le sorprendieron las lágrimas que no pudo controlar y le gustó que al final de la sesión tuviese paz.

En el cuestionario 2, aplicado en la sesión 4, Isabel profundiza en 81%, y aunque menor a la anterior ocasión este sigue siendo un nivel alto. En el cuestionario la participante comenta que logra recordar acontecimientos específicos del pasado e identificar el daño que estos le han generado. Menciona reconocer el dolor interno que está asociado a estos eventos y que experimenta aún en el presente. Identifica, que como elemento nuevo, tuvo que obligarse a buscar más elementos y aunque no los encontró, sintió que fue un buen ejercicio interno. También indica que las sensaciones cambiaron y fueron dolorosas pero que aun así le generaron esperanza. En cuanto a la imaginación, Isabel reportó desconsuelo y desconcierto al sentir que las lágrimas del lado derecho (ojo derecho) brotaron sin poderlas controlar. Ella menciona que la técnica es muy diferente a lo que normalmente hace y lo que más le sorprende de la sesión es la interiorización. Además, le parece positivo reencontrar detalles de situaciones pasadas e identificar que han provocado mucho daño.

Después de llenar el cuestionario, Isabel compartió sus reflexiones sobre los descubrimientos, así como pequeños cambios que había experimentado en sus relaciones interpersonales; en particular con su esposo a quien ya no culpa de su malestar general. La investigadora siente que Isabel confía en ella y que escuchar a su cuerpo le ha permitido redimensionar su historia y dolor. Estos avances y experiencias generan alegría en la investigadora acompañante; la percibe explorándose fuera de su zona de confort y permitiéndose moverse en sus ansiedades.

En el cuestionario 3, aplicado en la sesión 6, la participante presenta una profundización de 83%, manteniéndose en un nivel alto. En esta sesión la participante indica que mientras realizaba la Focalización se sentía perdida y tenía dolor físico y “del alma.” Comenta que sentía hasta los dedos de los pies, los cuales en otras sesiones no había

tenido consciencia y que al prestarle atención a las sensaciones surge enojo y esta pasa a desesperación interna al acudir a imágenes y palabras que le describiesen. Esto lo califica como revolver internamente el enojo en la sensación. En esta sesión Isabel indica que la técnica la lleva a profundizar de manera diferente: *“Normalmente, si tengo dolor busco un medicamento, si estoy triste busco cómo distraerme y la técnica me lleva a identificar sentimientos profundos”*. Lo que le sorprende es haber logrado un punto de concentración muy profundo y que las sensaciones posteriores a la Focalización se mantienen una vez finalizado el ejercicio (brazo izquierdo adormecido). Le gusto lograr, aunque fuera momentáneamente, un desahogo. Comenta además que la repetición de palabras y sensaciones le hace pensar y reflexionar aún en el transcurso de los días entre sesiones, por lo que utilizar esta técnica es un proceso de toma de consciencia.

En esta sesión la investigadora acompañante tuvo una sensación de certeza, que solo podría describir como intuición: Isabel estaba trabajando algo manifestado en distintas sensaciones sentidas, pero que apuntaban a un mismo asunto, algún trauma. Procuero no sesgar la sesión siguiente al direccionarla hacia “sus hipótesis”, siempre consciente y ansiosa de acompañar a la participante a su ritmo.

En el cuestionario 4, aplicado en la sesión 8, Isabel llega al nivel mayor de profundización de todo el proceso, un 92%. Ella indica que mientras realizaba la Focalización, lograba remover internamente recuerdos que estaban muy guardados e indica que se permitió recordar imágenes que venían a su mente. Comenta que sus recuerdos conscientes siempre han estado desde los 8 años aproximadamente y que en esta ocasión pudo ir más atrás. Afirma que la sensación principal cambió y que fue “horrible” porque la dominó total y absolutamente. Describe que cuando se le pidió que pensara en la sensación,



tuvo miedo por la imagen que apareció y quiso bloquearla y no querer profundizar. Comenta que cuando se le invitó a poner imágenes o palabras de la sensación, sintió que la investigadora acompañante logró llevar y guiarle a ver algo que estaba muy guardado y que le produce dolor. Considera que los cambios de la técnica se basan en que logra reconocer que hay algo interno que se ve reflejado en el dolor físico ante cualquier situación que le provoque molestia. Le sorprende lo profundo que llegó en la sesión y cómo se sintió totalmente dominada por las sensaciones. Le parece bueno haber recordado situaciones que le pudieron haber dañado y que muy probablemente inciden en su vida actual.

Durante el proceso de esta sesión la investigadora acompañante se sintió angustiada sobre la aproximación y abordaje, cuestionándose si fue el adecuado. Después de la sesión y antes de la siguiente, fue necesario conversar sobre las conjeturas y análisis hecho por Isabel sobre los eventos recordados.

En el cuestionario 5, aplicado en la sesión 10, Isabel profundiza en 87%, regresando al mismo nivel con el que inicia el proceso. La participante registra que mientras focalizaba reconocía sentimientos que estaban guardados y que le han provocado dolor y sensaciones dañinas. Indica que la sensación principal cambia a raíz de la necesidad de movimiento generalizado de todos los músculos y visualizar zonas oscuras. Cuando le presta atención a la sensación sobreviene el reflejo de dolor, las lágrimas brotan sin control y repercute en un dolor en el pecho que es como si entrara algo punzante que se expande en el pecho. Al invitarle a prestar atención a la sensación y describirlas con imágenes o palabras surgieron sombras de un hombre específicamente y vuelven a tornarse sombras o algo que amenaza pero no es específico. Indica que la técnica es diferente porque le ha permitido llegar muy profundo y darse cuenta del dolor y la tristeza que lleva y que ha cargado por tanto tiempo.

Le sorprende reconocer los sentimientos de inferioridad que maneja, que vienen desde la infancia y son generados por la relación con su mamá y hermana mayor Comenta además que la técnica de Focalización le ayuda a profundizar y aprender el porqué de algunas cosas y cree que está en ella cambiar o el usarlas para cambiar o avanzar.

En esta última sesión la investigadora acompañante tuvo tristeza y preocupación por finalizar el proceso después de haber descubierto un evento traumático en Isabel. Como parte de la responsabilidad ética, más allá del objetivo de este estudio, le propone continuar las sesiones. Sin embargo Isabel le explica que se siente bien y que está preparada para seguir trabajando en este asunto sola o con ayuda de la psicóloga del centro médico.

La evolución de la profundidad en la Focalización de la participante en las sesiones se grafica a continuación:

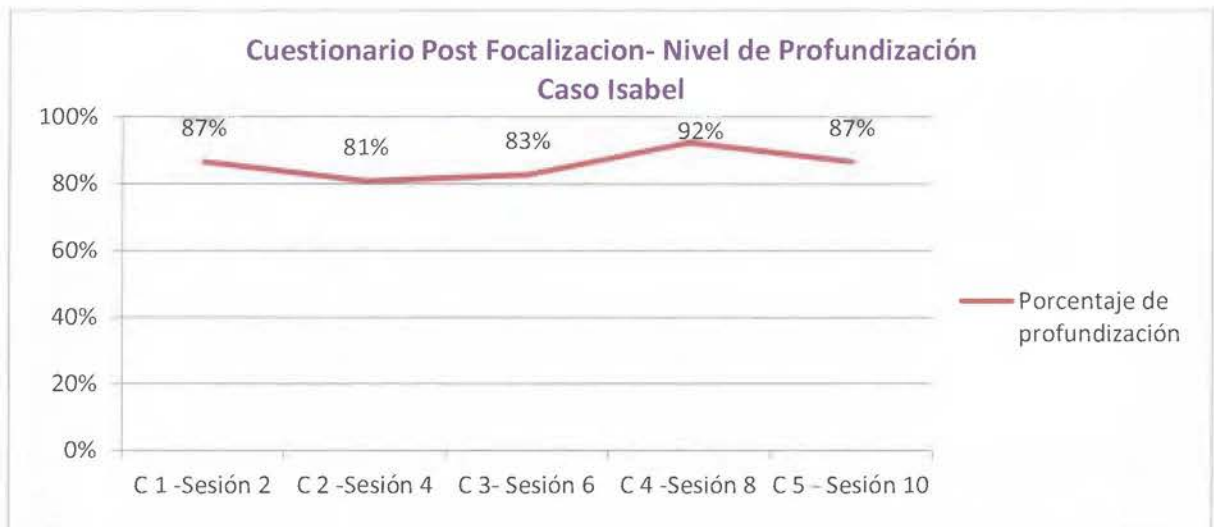


Figura 6. Resultados del nivel de profundización reportado en el Cuestionario Post Focalización – Caso Isabel.

Estos resultados reflejan que la participante tiene una habilidad para profundizar y encontrar conexiones y describir sensaciones en el cuerpo desde el inicio de las sesiones.

En la segunda sesión Isabel experimenta sensaciones que conoce pero que se tornaron diferentes al prestarles atención y si bien no logra relacionarlas con eventos o emociones específicas, vive las sensaciones de manera distinta. Le resulta satisfactorio y valioso tener un espacio para escuchar el cuerpo, incluso identifica que esto le genera una ausencia del dolor de manera sostenida el día que practica la técnica. En la cuarta y sexta sesión la participante baja un poco la percepción de profundización, ya que experimenta sensaciones parecidas basadas en la dualidad. Cabe mencionar que comienza a registrar noción o consciencia de conexión con eventos del pasado, más no lo siente tan profundo. Lo anterior puede referir a que la técnica le permite acercarse al cuerpo desde otro lugar, donde es importante las sensaciones y ya para estas sesiones estaba más sensibilizada con el tipo de acercamiento y el impacto en su comprensión no fuera tan profundo para la cuarta y sexta vez de utilizar la técnica. En la sesión 8, aumenta y es particularmente importante ya que ella descubre y revive desde su cuerpo un trauma emocional y físico significativo. Después de la sesión con mayor profundidad, ella cae al punto de inicio, lo cual puede sugerir que después de descubrir y revivir eventos dolorosos, hay un retroceso en el nivel de profundidad, como método de autoprotección.

### *Entrevista Final*

En la entrevista final se enfocaron los mismos ámbitos de la primera y se incorporó la vivencia de la participante con la técnica de Focalización.

En cuanto al SFM, Isabel asegura que ha tenido cambios en cuanto a la manifestación de los síntomas desde que comenzaron las sesiones, dos meses atrás. Estas modificaciones están relacionadas con relativo alivio del dolor e inclusive días en los que

no ha sentido la necesidad de tomarse los fármacos para contrarrestar el dolor. Así mismo, menciona tener consciencia de las sensaciones de dolor con algunas situaciones de estrés.

*Ha habido un relativo alivio, porque hay momentos o ha habido días en lo que yo digo “no me he tomado la ibuprofeno”, que venía tomando y acetaminofén y ha habido días en donde no me la he tomado y siento que hay un alivio y por otro lado en los momentos en, los que hay dolor, puedo identificar, tener más consciencia de las áreas que me están doliendo y relacionarlas con algún grado de tensión o estrés. Entonces eso me ha hecho verla diferente, como que he logrado identificar o tener consciencia del dolor, visto como un reflejo de... algo, no es algo que simplemente me apareció porque me apareció. No, no es como me puede aparecer algún otro problema que dichosamente no lo tengo, pero que es todo es provocado por mucha, por una acumulación de muchos años de estrés y de problemas emocionales.*

El síntoma que predomina es el dolor y los lugares con mayor presencia de dolor se mantienen igual que en la entrevista anterior, pero en menor medida y con un significado distinto: “*esta dolencia tiene un mensaje*”. Por otro lado, el síntoma de insomnio desaparece. Isabel indica no estar segura si el cambio es atribuible a la implementación de la técnica de Focalización pues explica que para poder dormir, ha estado implementando diferentes técnicas, como el ponerse a leer o bordar a la hora de dormirse para cansar la vista e inducir el sueño. También comenta que una diferencia ha sido al ánimo con que se va a dormir, reflejando un cambio en sus emociones:

*Porque hasta hace un tiempo me sucedía que me acostaba tratando de ocultar o tapar, mis sentimientos. Me daba mucha vuelta en la cama. Me acostaba a las 8 u 8:30. Entonces eran las 9, 10, 11, 12 y 1 de la mañana sin dormir. Eso me tenía muy cansada, agotada. Entonces eso incidía en que me levantara con mucho más dolor y mucho, mentalmente más cansada. (...) Creo que han sido varios meses en los que ya vengo experimentando una diferencia en cuanto a lo que es el sueño.*

Los métodos de afrontamiento de los síntomas de Isabel continúan siendo tratamiento farmacológico para el dolor y ansiedad, acompañamiento psicológico (cabe mencionar que durante el tiempo que estuvo en la investigación ella no asistió a la psicóloga, pues no tenía citas programadas y no lo sintió necesario) y actividades

distractoras, como el baile o cursos libres. La utilización de fármacos presenta un cambio, pues no siempre toma el medicamento para contrarrestar el dolor ya que reporta que se ha reducido la magnitud de sintomatología.

Los aspectos relacionados con la calidad de vida, encontrados en la segunda entrevista reflejan que Isabel ha mejorado en cuanto a su auto concepto. En la primera entrevista Isabel indicó sentirse insegura, triste y sola, mientras que en la segunda se describe como *“una persona emprendedora, fuerte (...) Luchadora, emm, activa y (...) y como decirle, que a pesar de las dificultades, trato de buscar la parte positiva y me gusta ayudar.”* Es claro que hay una autoestima más sana y una vivencia personal conectada con el movimiento y la fuerza. Al contrario de la entrevista inicial, Isabel dimensiona la fuerza como un aspecto positivo que le permite seguir adelante y estar abierta al cambio. Del mismo modo, la definición que le dan otras personas a raíz de estas características deja de tener un papel protagónico, ya que no menciona que la ven como “matona” o “retadora” sino que se siente fuerte y lista para afrontar la vida; es decir, se integran todos estos elementos a su totalidad. También se nota más consciente de sus oportunidades de mejora, transformándolas en algo positivo: *“A pesar de que ahorita, me siento radicalmente diferente con respecto al inicio de estos dos meses que llevamos, yo sé que debo trabajar mucho la parte espiritual y ver con otros ojos algunas personas y algunas situaciones.”* Este cambio en la autopercepción y lugar de la fuerza puede relacionarse con las emociones de optimismo y de emprendimiento.

En cuanto a las relaciones interpersonales, se encontró que Isabel mantiene un interés en el cuidado de los hijos. No obstante, hay un cambio en cuanto a la posición de los demás

en torno al poder de decisión. Es decir, siente que debe protegerles y cuidarles, pero se hace consciente de que debe ponerles límites cuando sus demandas le afectan o lastiman y comienza a hacer cambios en su comportamiento orientándose a este nuevo lugar.

*... me afecta emocionalmente porque ellos o no tienen consciencia, o yo misma he provocado que no tengan consciencia de lo que eso conlleva; o sea del dolor. Entonces ellos creen que la mamá no tiene nada, o no lo tienen como presente. Eso para mí también hasta cierto punto hace que yo reaccione. Cuando por ejemplo... yo sé que es producto de los errores que yo he cometido, pero esteeee. Estos últimos días he tratado de volverme más cuidadosa y exigirles un poquito más. Es que es a veces se siente como la sirvienta incondicional. Entonces eso relacionado con mis dolores, eso a mí me afecta porque yo digo: Dios es falta de consideración.*

El rol nutriz se mantiene, y darse a otros sigue siendo importante, solo que ahora se observa que para la participante es importante darse a sí misma y no guarda sus sentimientos, incluso cuando algo le molesta. En este sentido cambia la valoración de “sufrir en silencio” impactando positivamente su calidad de vida, al sentirse más a gusto por tener respeto mutuo en sus relaciones. Por otra parte, la participante descubre su patrón de disimular o negar el malestar al interactuar con los(as) demás y comenta renunciar a esto: *“Pensé que el que me vean y yo poder reflejar que estoy bien (...) es hasta cierto punto un autoengaño.”*

Este aspecto de ser sincera con una misma y manifestar lo que molesta o duele de manera asertiva, ha sido sincrónicamente un elemento que para la investigadora acompañante ha sido un logro también en su vida. Para la investigadora el escucharla, verla y sentirla más a gusto consigo misma y segura de su valía le resultó ser un grato espejo. Para la investigadora acompañar a la participante en este proceso de autodescubrimiento le llenó de satisfacción.

Otro aspecto importante es el impacto en la relación con su esposo. En la entrevista inicial Isabel, comenta sobre su relación de pareja e insatisfacción con ella y la frustración de no poder cambiar la situación. Sin embargo, en la entrevista final, ella si bien no está satisfecha con su relación de pareja, no le deposita su enojo y frustración. En este sentido se observa que redimensiona las experiencias y baja la tensión:

*El aspecto más importante que creo que he logrado mejorar es la relación; específicamente con mi esposo porque logré tomar consciencia de que mi sufrimiento no se limita al periodo específicamente del matrimonio y entonces eso baja el peso o la culpa que yo pude haber enfocado en él. O sea la intensidad de esa culpa.*

En la vivencia corporal y calidad de vida se encuentra que los malestares físicos aún continúan siendo una limitante: *“Impotencia y limitación y hasta cierto punto discapacidad. Y entonces esta limitación de que no sienta las mismas fuerzas, la misma energía, me limita. Eso me hace sentirme inútil.”* Esta vivencia de minusvalía está contrarrestada con actitudes de lucha contra el dolor y no dejarse vencer. Por ello hace actividades pese a presentar dolor.

En el dibujo se evidencia un cambio en el autoconcepto y percepción del cuerpo, pues aparece apertura en lugar de rigidez, y expresa satisfacción y positivismo:

*Me dibujé con las manos abiertas y eso me genera como una posición de dispuesta al reto, o sea dispuesta a lo que venga. Apertura. En la cara trato de plasmar una sonrisa que lo relaciono con el positivismo y luego en términos generales, me sale una figura con la cual yo me siento satisfecha, a pesar de que tengo consciencia de que debo ser constante y que debe haber un cuidado personal.*

Anteriormente, Isabel se veía a sí misma como una persona rígida y ahora indica sentirse abierta al cambio. Incluso, la investigadora nota un cambio en su postura corporal, presentando mayor movimiento y flexibilidad al hablar y expresarse. Se observa que la relación con su cuerpo es diferente, ya que no solo lo ve como un instrumento para

movilizarse sino que también le ayuda a sentir y entender la integralidad de su experiencia humana. Ya no le ve como ente externo, sino como parte intrínsecamente relacionada con su interior (emociones y cogniciones). Entiende que hay relación entre sentir emocional y físico: “(...) *porque es, forma parte de mí; somos un todo, el cuerpo y mi interior.*”

Otro aspecto importante es que a diferencia de la entrevista inicial, Isabel indicó que su cuerpo es atractivo para ella, cuando antes no estaba seguro de ello pues dependía de lo que los demás pensarán o percibieran de ella. Nuevamente se evidencia que el lugar de los otros(as), cambia, y su auto concepto toma relevancia desde y para ella.

En cuanto a la Focalización, se evidencia que Isabel comprende cómo funciona la técnica en cuanto a pasos y profundidad. La asocia con una metodología para ahondar en el pasado, ya que en su caso así fue. Cabe mencionar que la técnica posibilita el encontrar una relación de las sensaciones sentidas con situaciones o eventos presentes o pasados, y a partir de ahí buscar una acción o aceptación para la mejoría. Se aprecia que Isabel percibe un cambio relacionado con la implementación de la técnica en la relación con su cuerpo:

*Si creo que ha habido un cambio. Es un cambio positivo, porque es valorarlo, o valorarme más (...) Si, es significativo. Porque le decía antes, es que es tomar consciencia de cada parte, que a pesar de que me duela... es darme cuenta...*

Se observa que las sesiones le permitieron a la participante sentir y vivir el cuerpo de manera diferente y reconocer emociones y sensaciones, pese al dolor. Si bien descubrió situaciones dolorosas y fuertes por medio de la técnica, reporta sentir fuerza y disposición para trabajar en sanar sus heridas. Es importante mencionar que este reconocimiento del dolor es un cambio, pues en la primera entrevista se observa un enfoque en ignorar las sensaciones poco placenteras del cuerpo. Además, registra que los cambios experimentados



después de las sesiones fueron de gran importancia porque ahora tiene positivismo, fuerza y motivación para seguir avanzando y afrontando distintas situaciones de su vida.

### *Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia*

Los hallazgos del resultado de la primera aplicación del cuestionario evidencian una puntuación de 42, por lo que el impacto de SFM en la vida de Isabel es moderado. En la segunda aplicación del instrumento, Isabel reporta un resultado global del impacto del SFM en un 23, es decir que disminuye en un 50% el impacto en su vida.

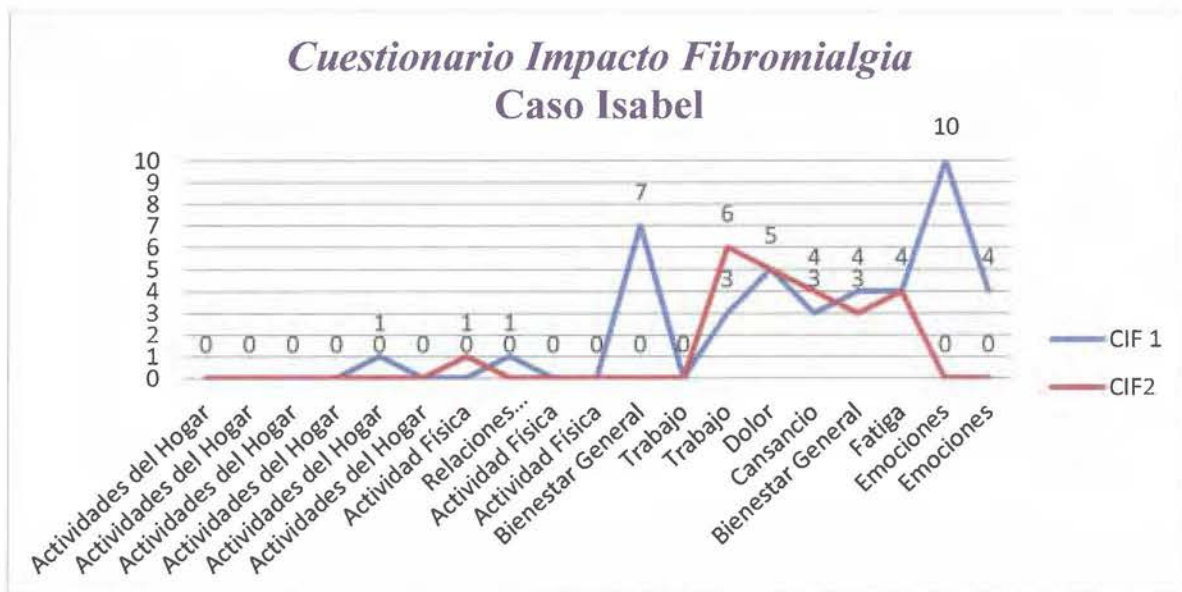


Figura 7. Resultados del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia – Caso Isabel.

En la figura anterior se evidencia que en los ítems en los que hubo diferencias son de bienestar general, emociones y trabajo:

- *¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?*, se puntúa a la inversa; y según lo reportado por la participante, ella en el primer cuestionario indica que ningún día se sintió bien mientras que en la segunda aplicación contesta sentirse

bien todos los días de la semana. Lo anterior refleja una mejoría importante en cuanto a la calidad de vida de Isabel en su bienestar general.

- *¿Cómo se ha notado de nerviosa, angustiada o tensa?* Isabel puntúa en la primera ocasión un 10, es decir la puntuación máxima y en el segundo cuestionario registra un 0. La participante reporta que ha dejado de sentirse tensa o angustiada en su cotidianidad después de las sesiones.
- *¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?* ella puntúa en la evaluación previa un 4. Es decir, un nivel moderado, y después de realizar las 10 sesiones de Focalización, registra 0. Lo anterior indica que después de las sesiones; en las que profundiza en sus emociones y sensaciones, Isabel logra tener una mejoría significativa las mismas.
- *En su habitual trabajo, incluido el doméstico ¿Hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la Fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?* Isabel registra en el primer cuestionario un 3 y en el segundo un 6, es decir que aumentó su dificultad para trabajar debido a los síntomas; específicamente el dolor.

Lo anterior apunta a que los principales cambios del impacto del SFM en la vida de Isabel, después de la vivencia con las sesiones de Focalización, están reflejados en la sensación de bienestar general, sentimientos como tristeza y angustia y en el dolor como limitante para hacer quehaceres, sintiendo mejoría en las primeras dos y un aumento negativo en el dolor. Se observa que el dolor genera más dificultad en la cotidianidad de la participante pero la percepción de bienestar y se tranquilidad no se vio influenciada por éste, pudiendo sentirse satisfecha de manera general.

### Análisis del caso

La experiencia de Isabel con la aproximación respetuosa y poderosa de la Focalización resultó ser una herramienta de autodescubrimiento y re definición de su historia y de sí misma. Pese a que ya había tenido acercamientos terapéuticos, los hallazgos y acciones a seguir, según fueron identificadas en las sesiones, reflejaron un cambio significativo y acelerado en su vivencia corporal y calidad de vida.

Al inicio del proceso, se mostró incómoda con el acercamiento al cuerpo y necesitó mucha guía para “volver” al cuerpo. Conforme avanzan las sesiones, se necesitan menos minutos en despejar el espacio y logra identificar asideros cada vez más detallados para describir a cabalidad sus sensaciones sentidas. La resistencia racional fue disminuyendo a medida que se sentía a gusto explorando su cuerpo y descubra acciones que lograban hacerla sentirse mejor, dentro de la sesión y durante el resto del día que focalizaba.

La profundidad de las sesiones fue aumentando. Sin embargo, cabe mencionar que se trabajaron sensaciones apuntando a una misma dirección en varias sesiones, hasta que en la sesión 8 Isabel logra confiar completamente en su cuerpo y liberar un recuerdo de abuso sexual reprimido. Esta sesión fue la más fuerte y marca el pico del proceso. Asimismo, desde la segunda sesión ya había cambios en su autopercepción, y las relaciones con otros, principalmente con su esposo.

Los principales asuntos trabajados fueron: auto concepto, relaciones interpersonales y el dolor de trauma emocional y físico. Estos aspectos contemplan elementos de calidad de vida y de vivencia corporal, por lo que se evidencia sus alcances positivos en estas categorías.

Al final del proceso Isabel identifica cambios desde el inicio del proceso hasta ese momento y comenta reconocer un cambio en su relación con el cuerpo y en la forma de verse a sí misma y relacionarse con otras personas. Comente haberse sorprendido con la profundidad de su proceso con la técnica y tiene interés por seguirla usando a futuro.

### *Síndrome de Fibromialgia*

Antes de la implementación de la técnica de Focalización, Isabel tiene como principales síntomas asociados el SFM el dolor, el insomnio y la depresión. Al finalizar las sesiones, el dolor disminuye en cuanto a su intensidad, y el insomnio desaparece al igual que la depresión. La principal mejoría en la sintomatología se asocia con un aumento en el bienestar general y una disminución de ansiedad y tristeza, pese a que el dolor se mantiene en algún grado.

Durante todas las sesiones Isabel experimenta distintas sensaciones dolorosas en cuello, hombros, brazos y pecho. Esto se puede inferir como una manifestación de la sintomatología asociada al síndrome. El cambio radica en que estas sensaciones son exploradas y explicadas a cabalidad, con acompañamiento de la investigadora, hasta lograr identificar alguna situación relacionada o similar a dicha sensación. Desde la sensación se encuentra la respuesta para buscar la mejoría y por ende la posibilidad y potencialidad para transformar dicha sensación en otra de bienestar. La sensación de fuerza o poder de Isabel al final del proceso se relaciona con que las respuestas y soluciones de mejoría las encuentra en ella misma y este elemento le ayuda a redimensionarse y relacionarse con los síntomas del síndrome desde una posición de valoración, fortaleza y cuidado.

Ringwelski (2003) comenta que los mapas sinápticos almacenan memoria consciente e inconsciente, por lo que las sensaciones de opresión y dolor y malestar en las células de los brazos de la participante podrían relacionarse con el evento traumático de abuso en la niñez, ya que estas células almacenan la información. Esto explicaría porque al preguntarle al cuerpo si esa sensación asemeja una manos presionando, Isabel recuerda la situación de abuso sexual tal y cual la estuviese vivenciando en el aquí y el ahora.

En todas las sesiones, Isabel logra transformar en el 100% de las ocasiones el dolor y la tristeza en sensaciones de bienestar como: luz, esperanza, amor y aceptación. Por ende, la sintomatología asociada con el SFM desaparece e inclusive se sostiene en ese estado durante el resto del día en que la participante ha focalizado. Esto apunta a que la técnica de Focalización es una herramienta terapéutica eficaz en este caso para contrarrestar los síntomas, ya que les presta atención, los utiliza y transforma para encontrar bienestar.

En cuanto al insomnio, al finalizar las sesiones este síntoma había desaparecido. Durante las sesiones Isabel no hace mención a esta sensación más si lo relaciona con el espacio que es para ella misma, pero que no le gusta porque siente que debe callar. El abrir el espacio para que explorara emociones y sensaciones desde el cuerpo, y compartiera dolor, miedo y sensaciones de malestar, pudo haberle brindando un espacio seguro para abordar sentimiento, y debido a ello tuviera menos emociones fuertes a la hora de acostarse. En la entrevista final ella comenta que ha tenido cambios en el sentido de “callar” menos y velar más por ella misma. Este cambio importante devela una autoestima saludable, en la que Isabel se sabe valiosa y por tanto debe en actos cotidianos, diálogos internos y

relaciones con otras personas. Así mismo la participante buscó al final del proceso incluir otras actividades que le permitieran inducir el sueño y disfrutar esta parte del día que antes no le gustaba. Cabe mencionar que ella no identifica relación directa entre la disminución del síntoma y la vivencia con la Focalización.

En cuanto a la depresión, es evidente que hay un cambio significativo entre la entrevista inicial y la final. Los sentimientos de frustración y enojo por experimentar dolor se mantienen, las sensaciones de culpa y resentimientos hacia los demás disminuyen y se fortalecen las sensaciones de fortaleza interna y esperanza.

En cuanto a los métodos de afrontamiento que utiliza Isabel para sobrellevar el malestar asociado al SFM se observan cambios en la utilización del recurso farmacológico, disminuyendo el uso del ibuprofeno y acetaminofén para disminuir el dolor. Es posible que debido a que Isabel durante las sesiones prestó atención a las diversas manifestaciones del dolor, resolviera y lograra disminuir esas sensaciones en ese espacio, no fuese necesario acudir al método de afrontamiento farmacológico. Se analiza que durante el proceso de implementación de la técnica, el afrontar los síntomas por medio de “callarlos” (tomar el medicamento para no sentir más dolor) se vio disminuido en frecuencia de uso, amentando a su vez el “escuchar” las sensaciones. Este alcance de la técnica de focalización repercutió en la calidad de vida y vivencia corporal de Isabel, ya que se cambia la relación de lucha consigo misma desde y en su cuerpo, a una relación de confianza y empoderamiento de la salud y bienestar general. La participante reporta un cambio desde la segunda sesión y comenta que inclusive, hubo días en los que, si bien no focalizó, no consideró necesario tomar las medicinas. Lo anterior señala que la utilización de la Focalización puede sustituir

en Isabel el elemento más común que tienen las personas con este síndrome para sobrellevar la sintomatología del SFM.

Es importante comentar que, si bien no es parte de los objetivos de este estudio, se evidencia que el abordaje por parte de las autoridades y profesionales del sistema de Salud Nacional, en el caso de Isabel ha apuntado a las herramientas como medicamentos y terapias cognitivas para propiciar mejoría en ella. Ella señala que algunas de sus experiencias habían sido positivas pero en otras sintió que no se le daba importancia a su sentir u opinión, siendo esta técnica una diferencia significativa en este sentido, pues es ella y su cuerpo son el centro de la vivencia.

Por otra parte, Isabel mantiene las actividades extracurriculares y de autocuidado como forma de disminuir o mantener en cierto nivel el malestar físico y emocional durante todo el proceso. Las sesiones con la psicóloga no tuvieron lugar durante el periodo de la implementación de la técnica, por lo que no se considera como elemento adicional a los resultados obtenidos. Sin embargo, cabe destacar que el hecho de que Isabel contara con 7 meses previos de acompañamiento psicológico, en el cual ha llegado a conocerse más y expresar sus emociones, pudo haber facilitado el proceso de Focalización, en contraposición a una persona que no ha tenido acercamiento a alguna óptica psicológica.

#### *Calidad de Vida*

Antes de la implementación de la técnica de Focalización se pudo observar que la participante presentaba dificultad en algunas esferas de su vida: su autopercepción era negativa y se definía a raíz de lo que los otros dijeran o pensarán de ella, y sus relaciones

interpersonales eran complejas, con elementos de enojo, resentimiento y aislamiento emocional por su parte. En este sentido ella comentaba sentirse insatisfecha con las circunstancias y evidenciaba signos de depresión y ansiedad. Dichos elementos de ansiedad y malestar se relacionaban con dificultad para encontrar espacios en su casa para estar con ella misma. No tenía redes de apoyo y manifestaba sentir la necesidad de luchar constantemente contra su cuerpo. No obstante, había optado por tener actividades de autocuidado que le permitieran prestar atención y otorgarse importancia.

Durante las sesiones, la calidad de vida de Isabel fue cambiando gradualmente. La profundidad fue cada vez más alta y los hallazgos y situaciones con las que se conectaban las sensaciones sentidas, se orientaron a las relaciones con su mamá, su esposo y eventos traumatizantes. Ella comenta que, gracias al proceso de vivencia con la técnica, logra ver estas situaciones desde otra óptica y puede relacionarse con su cuerpo de manera distinta. Es decir, los hallazgos y las transformaciones de sensaciones en el cuerpo que tomaron lugar durante las sesiones de Focalización se reflejaron en acciones y vinculaciones distintas en su cotidianidad, más allá de los espacios para utilizar la técnica. Esto puede indicar que la información obtenida del cuerpo sobre las soluciones o acciones a ejecutar para disminuir el malestar o transformarlo en sensaciones positivas, facilita la reproducción de éstas acciones en su cotidianidad y así contribuir a la disminución de sensaciones negativas en el día a día.

También se observa que al final de las sesiones Isabel registra una mejoría generalizada en la percepción de sí misma y de las circunstancias de su vida. Reconoce la existencia de dolor, y orienta los descubrimientos y entendimientos hacia la sanación. Se



observa un empoderamiento de sí misma, lo cual le permite relacionarse intra e interpersonalmente desde la fuerza interna y esperanza.

### *Vivencia Corporal*

La diferencia primordial evidenciada en la vivencia corporal de Isabel entre el inicio del estudio y el final está en el ejercicio de sentir al cuerpo y descubrir emociones y situaciones que la tenían estresada o lastimada. También se observa en el poder encontrar respuestas de solución que involucraban un accionar corporal activo y presencial en las sesiones. Por ello, la participante llega a considerar a su cuerpo como algo importante, que le brinda un mensaje a escuchar. Al finalizar el proceso el cuerpo para la participante se entiende y experimenta como herramienta y parte activa intrínseca de su experiencia humana, no como medio pasivo y cuyo malestar obstaculiza su bienestar.

Además, al final Isabel evidencia estar consciente de la relación entre sensaciones corporales, emociones y pensamientos presentes o pasados. Este descubrimiento permite que ella se mire a sí misma de manera distinta: empoderada, fuerte e integral. Su cuerpo no es el enemigo, es fuente de sabiduría, que le permite llegar más profundo que por medio de otros medios de afrontamiento del SFM. Sin embargo, aún siente que debe vencer el dolor y el sentirlo aún le genera disconformidad y sensación de minusvalía.

Las sesiones van avanzando en despertar la consciencia y redimensionar el lugar del cuerpo de manera progresiva. En la sesión 8, Isabel alcanza el pico más alto en su consciencia corporal. Cabe destacar que las últimas dos sesiones se continuaron trabajando sensaciones relacionadas con el evento traumatizante y desde la sesión 5 se observa que ella

experimenta sensaciones e imágenes relacionadas. Se analiza que esta sensación sentida (Felt sense) de la octava sesión es el resultado de distintas significaciones en repetidas sensaciones que venía gestando sesiones anteriores y que tiene como momento pico el recuerdo del evento traumatizante. A medida que se van explorando las sensaciones sentidas en el cuerpo, se puede trabajar un mismo asunto o sensación en repetidas ocasiones y desde distintas soluciones o alternativas. Esto implica que la conciencia y vivencia corporal fue aumentando de manera progresiva, y estas respuestas corporales, como todo proceso de sanación emocional, toman tiempo y en una sola Focalización se puede comenzar el proceso de sanación, más no obtener un resultado final.

### *Focalización*

En las sesiones de Focalización se evidenció que Isabel posee una habilidad, para utilizar imágenes y para sentir en el cuerpo sensaciones, previa al estudio. Gendlin afirma que las personas tienen distintos niveles de habilidades para conectarse y expresarse desde su cuerpo e Isabel tiene esta habilidad desarrollada, por lo que le fue fácil adentrarse a explorar el cuerpo de manera distinta. Esta situación permitió que la participante pudiese experimentar sesiones de Focalización más profundas. Lo anterior se vio reflejado en los resultados tanto en la escala experiencial como en la escala de profundización utilizada en los cuestionarios post-Focalización. Además, se analiza que los niveles de profundización de Isabel durante las sesiones se relacionan directamente con su habilidad para explicar por medio de gestos e imaginaria las sensaciones y las conexiones con eventos particulares.

El rol de la investigadora acompañante también cumplió un papel importante, ya que en un inicio guiaba el proceso, sugiriéndole imágenes, re direccionando frases y

preguntas al cuerpo. Las intervenciones de la investigadora acompañante facilitaron el descubrimiento de eventos significativos para la participante, lo cual confirma lo encontrado por Hill, Beutler y Dalcrup (1989) en sus estudios de terapia experiencial. Sin embargo, Isabel aprende la mecánica de la técnica y comienza a generar estas descripciones con mayor detenimiento y por sí misma, sin necesitar tanta guía. La principal función de la investigadora se transformó en preguntar reiteradamente al cuerpo las relaciones son situaciones presentes o pasadas, así como las respuestas para tener o generar bienestar.

La utilización de la técnica de Focalización en el caso de Isabel fue positiva, ya que le permitió verse y sentirse de manera distinta. Su proceso fue progresivo en cuanto a profundidad. Conforme pasaban las sesiones le era más fácil conectarse e identificar elementos de imaginaria que le permitieran explicar las sensaciones a cabalidad. Así mismo, cabe destacar que Isabel descubre un trauma importante y pese a lo fuerte que este es, logra terminar con una sensación de bienestar corporal y emocional.

Las resoluciones corporales para generar bienestar, devinieron inicialmente de imágenes y hacia el final de las sesiones se tornó más concreto e incluyó acciones, movimientos y descargas energéticas. Es decir, que por medio de la utilización de la técnica de Focalización Isabel descubre asuntos emocionales relacionados con sus sensaciones de malestar físico, pero es también en el cuerpo donde descubre las herramientas y respuestas para transformar dichas sensaciones en paz y tranquilidad.

En síntesis, esta herramienta terapéutica le permite a Isabel explorar traumas del pasado e identificar en el presente las acciones para sanar y sentirse mejor. Cabe destacar que lo anterior no apunta a que ya no hay herida, más si identifica y resuelve los pasos

hacia adelante o *carrying forward* que debe tomar en su cotidianidad para buscar la sanación interna. Dicho esto, se concluye que la técnica de Focalización tuvo un alcance significativo y positivo en la calidad de vida, consciencia corporal e impacto de la sintomatología de la participante, por medio de la atención, validación y relevancia que le reasignó a su cuerpo como elemento de su experiencia humana.

Por otra parte, como parte de las consideraciones éticas, la investigadora acompañante le sugirió a Isabel continuar con el proceso terapéutico, bajo supervisión, para terminar de acompañarle en el proceso de sanación interior. Isabel manifestó su agradecimiento e indicó que prefería trabajar con su psicóloga en el Ebais. Comentó que pese al trauma identificado y trabajado en sesiones, se sentía con fortaleza interna y con esperanza para seguir adelante. La investigadora acompañante le manifestó su interés y apertura de acompañarle en el futuro, si así lo creía necesario.

## **VIVENCIA DE LAS INVESTIGADORAS**

En esta sección se describe la vivencia de las investigadoras. Cada una presenta su experiencia en este proceso de investigación, incluyendo sus pensamientos, emociones y acciones, al iniciar el proyecto, durante el proceso y al finalizar. Esto es importante pues es parte fundamental de un estudio basado en metodología fenomenológica y cualitativa, donde la vivencia es esencial.

### *Investigadora Caso Eugenia – Carolina Londoño*

Este proceso de investigación ha sido toda una experiencia para mí, y en todos los sentidos, como estudiante, profesional y ser humano. Desde la escogencia del tema hasta la redacción de este texto.

Creo que como muchos(as) estudiantes de psicología de la UCR, Paola y yo intentamos plantear un tema relevante. Nuestro anteproyecto al inicio era diferente, pues en primera instancia íbamos a hacer una tesis descriptiva acerca del apego romántico en personas no videntes. Era un tema que me interesaba muchísimo pues era una teoría que desde que la había aprendido en la carrera de Psicología me había llamado la atención. Sin embargo, a Paola no le “sonaba mucho” el tema. Ella quería algo que también la apasionará y no era el caso. Igual buscamos instituciones para implementar la tesis e ¡incluso hicimos un anteproyecto completo!

Para mí fue frustrante cuando Paola me comentó que no le gustaba mucho el tema y que me iba a plantear otro, pues yo realmente creía que estábamos súper adelantadas y que iba a ser una tesis provechosa. Entonces ella me habló de la Focalización... que si a Paola el apego romántico no le apasionaba, la Focalización era algo que yo ni siquiera conocía. En su momento me dio miedo ya que no solamente no conocía el tema, sino que implica una técnica que se debía implementar en una investigación, y sabía que esto era mucho más complicado que hacer entrevistas o grupos focales. A pesar de la frustración y el miedo, decidí darle la oportunidad. Sabía que era mejor hacer la tesis con Paola, que es mi amiga, y apoyarnos en el proceso juntas, que hacerlo sola y luego “dejarlo botado”.

Lo primero que hicimos no fue el anteproyecto, sino que buscamos nuestro comité asesor. Aquí Paola fue la protagonista, pues yo no conocía las expertas en el tema, y ni siquiera había llevado el módulo de la carrera de Psicología en que se aprendía la técnica. Me acuerdo cuando nos reunimos con nuestra directora, Ginette, y su visión del tema me

gustó e interesó mucho, aunque de nuevo sentí “terror” pues nos habló de lo expertas que teníamos que ser en la técnica.

Para hacernos “expertas” Paola y yo asistimos a talleres de Focalización con una de las lectoras de la tesis, Dora Gamboa. En su momento no fue algo que me encantó, pues implicaba una inversión importante, tanto en dinero como en tiempo de mis fines de semana. Ya cuando estaba ahí fue cuando descubrí lo interesante, bonito y renovador de vivir la Focalización. Creo que antes de esta tesis mi relación con mi cuerpo era súper lejana, y aunque todavía tengo camino por recorrer en ese reto, fue aquí donde empecé a escuchar a mi cuerpo. ¡Fue súper difícil! Y la verdad racionalice muchísimo ¡Sí, estoy usando ese término! ¡Porque así fue! Pensaba que era un “invento”... ¿Cómo va a surgir algo de las sensaciones corporales que no sea más que físico?.. Pero después de varias sesiones fui entendiendo que lo “lógico” es solo una parte de nuestra experiencia como seres humanos, que hay otras vivencias que es importante tener y que el cuerpo es parte integral de mí ser.

Además de estas sesiones tuvimos reuniones con la directora de la tesis, con quien también hicimos Focalización. Ya para este momento yo estaba mucho más abierta a la técnica y pude hacerla con más naturalidad, y sin tanto cuestionamiento. Fue muy interesante, porque algunas de estas sesiones eran virtuales (por Skype) y en ellas Paola y yo hacíamos Focalización (yo era la focalizante y Paola me escuchaba, o viceversa) y Ginette nos escuchaba para darnos recomendaciones. Me daba “pánico escénico” al principio, pero la verdad es que sin estos procesos de entrenamiento jamás podría haber llevado a cabo la tesis. No porque fuera ya una “experta” en la técnica, sino que en este caso fue primordial haberla experimentado... en mi propia piel.

Simultáneo al entrenamiento en Focalización hicimos el anteproyecto. Recuerdo que yo brindé la idea de que las participantes fueran mujeres diagnosticadas con Fibromialgia. Realmente no se la razón, y me atrevo a decir que fue pura intuición. No conocía personas con el síndrome y no tenía mucha claridad sobre lo que implicaba. Pero cuando Paola me explicó que la Focalización era una forma diferente de relacionarse con el cuerpo, sentimos que para alguien con este síndrome la relación con el cuerpo debía ser muy difícil y abordar este síndrome con la Focalización podía ser algo novedoso.

El hacer el anteproyecto fue mucho más fácil de lo que me imaginé (a pesar de que sentía frustración por estar haciendo un anteproyecto nuevo), y fui aprendiendo mucho de la teoría. Creo que el único momento difícil fue cuando teníamos las 30 páginas que solicita la Escuela de Psicología para el anteproyecto, y nuestro comité asesor quería que siguiéramos agregando información - ¡ya no podíamos! - pero las convencimos de presentar el anteproyecto y fue aceptado con algunas correcciones, que curiosamente implicaban ¡hacer una tesis menos complicada! Es que a veces... ¡uno quiere cambiar el mundo con la tesis!

A partir de este momento es cuando empezamos con el proceso de la tesis aprobada. Nos atrasamos bastante encontrando las participantes. Nos acercamos a la Asociación de Síndrome de Fibromialgia en el Hospital México, hablamos con la encargada y para conocer a estas mujeres (y que ellas nos conocieran a nosotras) hicimos sesiones grupales de la técnica. Fue algo que me encantó, pues era novedoso hacer la técnica de esta manera. Además, creo que es una modalidad mucho menos íntima que hacerlo en diada y por ello

me sentí más cómoda. También me gustó que más personas conocieran la técnica y se pudieran interesar en ella.

Aun con estas sesiones las voluntarias a participar en la tesis fueron pocas, y cuando llamaba a posibles participantes, siempre había algo que dificultaba el proceso (vivían muy lejos, no querían ser filmadas en video, tenían mucha resistencia a practicar una técnica nueva, etc.). Esto fue muy frustrante, llegué a pensar que no íbamos a poder hacer la tesis y me sentía un poco perdida. Al final las participantes de la tesis fueron referidas por otras mujeres de la Asociación, y curiosamente no habían asistido a las sesiones grupales.

Antes de empezar las sesiones hicimos un estudio piloto, y yo tenía mucha expectativa, pues ya cada día se hacía más “real” el implementar la técnica junto a alguien desconocido. Este estudio piloto, además del entrenamiento con el comité asesor, fue de los momentos más importantes que tuvimos antes de iniciar con las participantes, pues nos dimos cuenta que este síndrome no era algo sencillo, y que había que abordar el cuerpo y el síndrome con mucho cuidado. Solamente hubo una sesión a la que no pude asistir, que Paola estuvo sola con la participante, y que fue muy fuerte (en la Focalización surgió el asunto de un abuso sexual vivido en la niñez). Eso me asustó porque me hizo pensar que situaciones traumáticas y muy fuertes podían darse en las sesiones con esta población.

Entonces iniciamos las sesiones con las participantes. Yo fui la que estuvo en este proceso con Eugenia, y me acuerdo que desde la primera sesión en que la entrevisté se me hacía muy curiosa su forma de comunicarse. Si bien me parecía interesante su forma de expresarse - ¡Nunca había escuchado a alguien decir que no se había hecho un FODA! - me sentí incomoda porque tenía que re-direccionar mucho a la participante, quien siempre



divagaba o profundizaba en los detalles, y respondía algo que tal vez no era específicamente lo que le estaba preguntando. Soy muy estructurada y, este fue mi primer reto: darme cuenta que aunque yo era una guía en el proceso, tenía que ser muy paciente y escuchar; al final no era yo la dueña del proceso sino la participante.

Otras situaciones difíciles en el proceso fueron la disponibilidad de horario y el uso de la cámara de video. Yo trabajaba, en horario de oficina, entonces solo podía realizar las sesiones en las noches o los sábados. Cuando la sesión era en la noche salía corriendo desde el otro lado de la ciudad, me iba en un bus de la UCR y llegaba apenas al Centro de Atención. Llegaba “atarantada” y por eso siempre intentaba relajarme junto a Eugenia, de lo contrario no podía concentrarme. Me sucedió en un par de ocasiones que no pude abrir el lugar (no sirvieron las llaves), y no pudimos tener sesión. Me sentí enojada y avergonzada cuando eso sucedió. Los sábados eran menos problemáticos pues usualmente había alguien en el centro que abriera. Igual fue un sábado cuando alguien del centro no llegó y tuvimos que hacer la sesión al aire libre. En este caso ¡fue lo mejor que pudo haber pasado! , resultando en la sesión de mayor profundidad (pero de eso hablaré más adelante). En cuanto a la cámara de video, pues no siempre funcionó a la perfección. Hubo un par de videos en los que se apagó la cámara a la mitad (tenía baja la batería), y tuve que escribir lo que sucedió en la sesión para que no se me olvidara. En realidad fueron sucesos pequeños en el camino, y tal vez no eran sustanciales, pero si me causaban mucha molestia.

Al experimentar la técnica con Eugenia, desde las primeras sesiones me fui dando cuenta que ella era una mujer muy similar a mí. Yo entendía perfectamente su “resistencia” a la técnica, las ganas de detallar todo, buscar lo “lógico” y cuestionar lo que podría parecer “irracional”. ¡Si era como yo cuando empecé con la Focalización! Creo que no fue

casualidad que ella fuera el caso que tuviese a cargo (si bien no hubo razón específica para escoger a una u otra participante), yo podía entender su proceso y resonó mucho en mí su “racionalización” y su dificultad para profundizar en sus emociones. De hecho al ver los videos me di cuenta que en ocasiones yo misma no la guie a profundizar tanto como podría haberlo hecho.

También me sentí frustrada al leer los Cuestionario Post Focalización de la participante, pues sentía que no estaba haciendo bien mi labor como facilitadora. Cada vez que teníamos sesión Paola y yo hablamos, en persona o por teléfono. Éramos el apoyo de la otra. Paola me contaba sobre los alcances y hallazgos que tenía con su caso, y yo solo sentía que Eugenia y yo estábamos estancadas. Entonces Paola me dijo que era importante que yo supervisara individualmente con alguien del comité asesor; no porque estuviese estancada sino porque era importante compartir esta frustración. Entonces hablé con una de las lectoras, Dora, y pude expresarle mis miedos y temores. Además me dio la sugerencia de trabajar la Focalización indirectamente con Eugenia, focalizando un asunto o incluso la Fibromialgia como tal, en vez de las sensaciones presentes. Las sesiones de seguimiento y supervisión con las otras integrantes del comité asesor fueron muy provechosas, pero debo reconocer que la sugerencia de Dora fue vital en el proceso. La sesión en que implementé esta recomendación, la sesión 8, fue la de mayor profundización para Eugenia. Es curioso porque fue de las sesiones más cortas (30 minutos) y fue al aire libre. Recuerdo que al iniciar la sesión estaba un poco estresada, pues no quería cancelarla solamente porque no había un responsable en el Centro de Atención que nos abriera. Tuvimos suerte que ese día no lloviera a pesar de estar en época de invierno. Recuerdo la satisfacción que sentí cuando vi a Eugenia fluir en la técnica y sentir lo que su cuerpo le quería decir, más allá de lo físico. Me conecté mucho con ella y podía sentir su abandono y soledad, a como me lo

estaba expresando. Pude imaginar, junto a ella, que su madre e hija la abrazaban. Esta, de todas las sesiones, fue la de mayor profundización para mí también.

La entrevista final fue otro reto, esperaba que Eugenia, después de la profundización con la técnica y los asuntos trabajados, me hablara de lo diferente que se había sentido en su cuerpo y lo sorprendente que era llegar con una sensación de molestia y dolor a la sesión, y terminar con sensaciones de bienestar. También esperaba que cuestionara la técnica, porque sabía que aún tenía cierta resistencia. Sin embargo, me sorprendió y frustró lo difícil que fue para ella, en la entrevista, decir que los dolores se habían reducido o desaparecido en las sesiones. Si bien lo dijo, y lo comentó en varias ocasiones, el primer momento no fue fácil. Antes de decirlo ella cuestionó y expresó lo irracional que era la técnica, que era mejor solo la parte de la relajación, y que ella no había podido aplicarla por sí sola. Eso también me sorprendió pues con tantos cuestionamientos no me imaginé que ella hubiese querido aplicarla. En general creo que este proceso con Eugenia me mostró que hay que ser paciente, y entender que para alguien puede ser (como para mí lo fue) difícil interiorizar una vivencia tan integral como la Focalización.

Después de las sesiones con Eugenia quedé cansada, quería tomar un receso, y de hecho fue igual para Paola. Ambas nos dimos un descanso de varios meses y para cuando íbamos a empezar el análisis tuve problemas con mi computadora, y diría que no me esforcé mucho en conseguir una nueva hasta varios meses después. Es claro para mí, ahora, que tenía una resistencia a retomar el proceso, a ver los videos o reflexionar al respecto. Fueron muchas sensaciones de frustración, miedo, crisis y crecimiento en un momento muy corto, y creo que había que “digerir” lo sucedido. Lo único es que en ese “digerir” pasó un

suceso familiar muy fuerte. A mi abuela le dio un infarto cerebral que la fue dejando sin movilidad, y estuve tres semanas cuidándola, hasta que falleció. En ese momento ni se me pasó por la mente pero cuando estaba analizando la información del caso, se me “revolvieron” muchas cosas... emociones, recuerdos... de lo sucedido, cuando escuchaba a Eugenia hablar de su madre, quien había tenido un derrame cerebral. No está de más decir que aquí me di otro descanso (después del fallecimiento de mi abuela) y eso hizo que tuviéramos que pedir una extensión para presentar la tesis.

Con tantos cambios, emociones y resistencias, consideré no hacer nada de la tesis y dejar que el tiempo pasara. Cuando me di cuenta ya se iba a acabar el semestre y me disculpé con Paola por no haber podido hacer mi parte del proceso. Igual Paola no me había dicho nada en esos meses y pensé que tal vez ella pensaba igual que yo. Cuando le comenté me dijo que podíamos intentar presentarla y fue cuando averigüé, y ¡teníamos un mes más! Igual no estaba segura, pero mi novio me insistió en que lo hiciera, que nada ganaba con no intentarlo. Pero algo más sucedió, y fue que Eugenia me escribió un mensaje de texto. Casi un año después de la última vez que la había visto se comunicó conmigo para preguntarme por la tesis y por mí. Consideré que esto era una “señal”, y que el “universo” me estaba diciendo que tenía que prestar atención a la tesis y no dejarla a medias.

Empecé la parte del análisis, a la cual le había tenido tanta resistencia y temor. Lo curioso fue que al ver los videos, después de tanto tiempo, mucho de lo que había pensado cambió. Los pude ver más positivamente, con la “mente fresca” y me di cuenta que la tesis tenía mucha información interesante y valiosa. Podía notar alcances y limitaciones de la técnica en el caso de Eugenia, sin tanto desgaste emocional. Hoy en día creo que lo mejor

fue haber tenido ese descanso en el medio, entre la parte práctica de la tesis y el análisis, aunque haya implicado “correr” al final, pues todos los días durante un mes hice algo de la tesis. Creo que el mejor momento de esta etapa fue cuando me reuní con Paola para analizar los casos en conjunto, pues todos los hallazgos me parecían relevantes y hasta me sentí “tonta” por haber dudado de terminar la tesis. Puedo decir que en ese momento, y mientras redactaba los resultados, sentía emoción por este proyecto.

Cuando terminamos de redactar, vino el estrés de buscar defenderla, con el tiempo en contra. Tuvimos que redactar una carta y pedir extensión para la defensa, que nos fue brindada gracias a que ya teníamos el documento realizado y validado por nuestro comité asesor. Y así...por fin llegó el día de la defensa, y todo salió bien. Claro, sentí nervios y luego una gran satisfacción al terminar el proceso. No puedo expresar la sorpresa y felicidad cuando nos dijeron que la tesis estaba aprobada... pero más cuando expresaron que era aprobada con distinción y ¡recomendación para publicación! Al final tuvimos que agregar algunas cosas y hacer correcciones mínimas, pero más allá de eso creo que este proyecto fue mucho más que una tesis. Es un momento de vida en el que sentí, viví y experimente todo mi ser. No tengo nada más que hacer que agradecer por lo vivido y por el logro alcanzado.

#### *Investigadora Caso Isabel – Paola Argueta*

##### *Acompañando a Isabel, descubriendo a una nueva Paola*

Durante este proceso de tesis logré descubrir muchos aspectos de mi misma como psicóloga y como persona. Ha sido una experiencia enriquecedora y retadora al mismo tiempo.

El proceso de selección de un anteproyecto de tesis generó en mí una ansiedad desde primeros años de la carrera. Debo admitir que tomar decisiones y direccionar mis acciones me ha generado preocupación en un sinnúmero de situaciones. Creo que me pre-ocupo mucho, pierdo energía en ello y eso me deja totalmente desgastada e inmóvil a la hora de ocuparme.

Habíamos hecho otro proyecto, estaba listo para presentarse casi y –curiosamente focalizando- supe que si no me apasionaba el tema y me generaba interés no lo iba a disfrutar. No quería hacerlo y decirle a Carolina que no, me generaba algo de culpa. Resolví que buscaría otra cosa, aún si tuviese que hacerlo sola.

Mi interés por hacer esta investigación surgió a raíz de mi afinidad por la técnica durante los cursos de formación en psicología, específicamente los Módulos de Salud con el enfoque humanista transpersonal. En un taller de Focusing Dora Gamboa dijo la palabra investigar y yo sentí un “click” en mi cuerpo, eso era lo que quería hacer algo que me hubiese movido como el vivenciar el Focusing en mi cuerpo. No sabía cómo hacer una investigación con esta herramienta y sobre todo ¿Cómo convencer a Caro, si ella estaba en otro paradigma? Por suerte, accedió.

El proceso de formulación metodológica fue interesante, recuerdo que Ginette Sánchez nos dijo en nuestra primera sesión “es un gran reto hacer una tesis con terapia”, en definitiva estaba en lo correcto. La selección del giro del estudio fue seleccionado en un café, comentamos a otras compañeras cómo les sonaba el tema de Focusing en mujeres con SFM y manos a la obra.

Yo tengo una familiar con ese diagnóstico y no fue después de comenzado el estudio que ella y varias personas se me acercaron a preguntarme de la técnica y a insistirme en los hallazgos. Si había escuchado de la “enfermedad”, incluso una ex cuñada había recibido ese diagnóstico a una corta edad ¡menor de 20 años! Recuerdo que me molesté al pensar en cómo a veces se le etiqueta a la gente en lo que “calza” para saber “cómo tratarla y curarla” y que las personas caminan por ahí con esos diagnósticos tatuados con la tinta del poder de la “salud” de otros externos. ¿A dónde quedaban las ansiedades, temores y sensaciones de mujeres como ellas? ¿Por qué no facilitarles a ellas y a otras mujeres otro posible acercamiento a sí mismas, a su cuerpo, a su poder interno?

El proceso de formación en Focalización y preparación previa al estudio fue intenso. Lleve dos talleres de profundización y práctica de la técnica de focalización con una de las lectoras de este trabajo final de graduación, Dora. También hicimos varias sesiones virtuales con Ginette para practicar y vivenciar la técnica. Creo que eso contribuye a la escucha empática y activa. ¡No podíamos estar acompañando a una mujer en su proceso sin tener uno nosotras! Durante este proceso de entrenamiento con Dora Gamboa y posteriormente con Ginette Sánchez, me encontré impresionada con la profundidad de los hallazgos y situaciones que se relacionaban con las sensaciones sentidas. Comencé a sentirme y verme distinta y mi consciencia corporal incrementaba.

La búsqueda de las participantes en el estudio fue interesante ya que Carolina y yo debimos visitar las reuniones de la Asociación de Fibromialgia de Costa Rica y hacer talleres de introducción a la práctica. Fue interesante escuchar a las mujeres, y cómo percibían que “los otros” minimizaban sus síntomas asociados al síndrome, aludiendo a que

“se lo inventan o el dolor estaba en la mente”. Esta concepción social se vio permeada en los relatos de sus interacciones con familiares, médicos e incluso psicólogos. Todo esto, me genero más interés y expectativa ante la posibilidad de utilizar la técnica de focalización con estas mujeres.

Asimismo, asistí a una reunión con una de las psicólogas del Hospital México, quien se mostró poco interesada en el estudio. Las mujeres diagnosticadas con SFM fueron descritas como “pacientes policonsultantes” lo cual me resulto chocante y disonante con la concepción de cuerpo y enfermedad desde la cual partió el estudio. Cuando en la entrevista Isabel comenta sobre esta posición de poder por parte de los funcionarios en salud, comprendí que era percibido también como irrespetuoso por las mismas mujeres, quienes acudían a la medicina tradicional como método “contra los malestares del cuerpo”. Precisamente esto, perpetuar la lucha con el cuerpo en vez de integrarle.

Durante el proceso de entrenamiento con Dora Gamboa y posteriormente con Ginette Sánchez, me encontré impresionada con la profundidad de los hallazgos y situaciones que se relacionaban con las sensaciones sentidas. Comencé a sentirme y verme distinta y mi consciencia corporal incrementaba.

Al iniciar el proceso de pre pruebas piloto del estudio, me sentí ansiosa e insegura. En primer lugar estaba la señora, quien muy voluntariamente accedió a tener acercamiento únicamente en cuatro ocasiones, dos de entrevista y dos de sesiones. Me sentí sorprendida al descubrir las relaciones entre las sensaciones que presento la mujer en tan solo dos sesiones. En definitiva sentí que ella estaba confiando mucho en nosotras y que además le resultaba fácil entrar al cuerpo. Me sorprendí y asusté porque en solo dos sesiones ella



habló de sensaciones relacionadas con una situación de abuso sexual. Durante esta sesión procuré mantener la calma e intenté darle contención. Recuerdo haber pensado que esto podía pasar en las sesiones, sobre todo por los hallazgos de otras investigaciones que asociaban el diagnóstico de SFM con eventos traumáticos. Después de las sesiones, le comentamos a la participante a que de querer trabajar algunos de los asuntos descubiertos en las sesiones podía acudir a nosotras. Sin embargo esto no sucedió.

Una vez que encontramos las dos mujeres voluntarias para participar en el estudio, admito que sentí más afinidad por Isabel que por Eugenia. Tuve contacto con ambas y por temas de horario y de afinidad sugerí trabajar con ella. Desde esta primera sesión sentí una conexión humana entre Isabel y yo y comprendí que era imposible aislarme como persona; sus experiencias y sentimientos trastocaron los míos desde los primeros minutos.

Durante la entrevista inicial, Isabel me removi6 temas personales, como mi necesidad por mostrarme fuerte, que suele transmutarse en rigidez o incluso en agresividad. Mientras comentaba sobre su cotidianidad y relaciones interpersonales resonaron en mí varios temas, como la ira, el callarse las molestias y el disfrutar estar a solas y realizar actividades de autocuidado. Sentí una gran apertura a su intimidad y percibí que se sentía a gusto de contarme las cosas y, más aun, de que la escuchara sin prejuicios. Me impresionó la dureza con la que ella hablaba de sí misma, como si se regañara y señalara con enojo y dolor. No pude evitar cuestionarme como me hablaba yo a mí misma y si al hablar sonaba como ella, demasiado autocrítica y poco amorosa y empática conmigo.

En este proceso de focalización sentí mucha ansiedad al inicio, ya que por primera vez no estaba focalizando con compañeros o personas en proceso de aprender la técnica, y

tenía un compromiso con esta mujer y su historia. Poco a poco, conforme fueron pasando las sesiones, me fui sintiendo más segura de mí misma. De hecho, si hubiese hecho una entrevista previa y post acompañamiento a Isabel, diría que me valoro más como persona y psicóloga y me veo distinta al espejo. Nos acompañamos en un proceso corto pero profundo en el que nos vinculamos como personas y ambas recibimos y transformamos nuestro interior.

Ver el crecimiento y empoderamiento de Isabel, y que su fuerza expresada como rigidez poco a poco se modificaba en sus sensaciones y resoluciones hacia un *carring forward* prolongado me hizo comprender que ambas confiábamos en el proceso, en nuestra sabiduría y fortaleza, modificándole en flexibilidad.

Las sesiones fueron aumentando intensidad. En definitiva una sesión que me marcó en este proceso fue la sesión 8. Isabel recuerda por primera vez el abuso sexual que experimentó de niña y yo como investigadora acompañante, y como persona, me encontré asustada y preocupada por darle la mayor y mejor contención posible. Mi intuición me llevo a hacerle una pregunta al ver su gesticulación “¿es una sensación como de unas manos sujetando tus brazos?”, la cual abrió en su cuerpo el bloqueo y propició el revivir del abuso. Me latía el corazón rápido y solamente me aproximé a acariciarle la pierna de manera suave y decirle “aquí estoy Isabel, te estoy acompañando, aquí estoy”. Mi mayor angustia fue ¿Cómo la ayudo a salir de esa sensación? Nunca había acompañado a alguien en una sensación sentida tan dolorosa y fuerte. Renuncié a mí poder del saber, pese a que repasaba los textos de toda mi carrera buscando una respuesta, le dije “Que necesitas para sentirte mejor”. Me dijo, “ayúdame, no puedo estirar los brazos y las manos las tengo

entumecidas, ayúdame a estirarlas”. Ella casi no podía hablar y su sensación me consternaba, veo el video y se exactamente lo yo que sentía: dolor, angustia, ganas de ayudarle, impotencia. Sin pensarlo mucho, sujeté tus manos y con todo mi peso y fuerza, jale sus manos, por varios segundos jale y jale, con mucha dificultad hasta que me dijo que ya. Le di un almohadón, ya que la tensión en sus manos no se modificaba, le sugerí que hiciera lo que necesitara para sentirse mejor y que si necesitaba de mi apoyo nada más me dijera. Isabel sudaba, haciendo un gran esfuerzo físico y energético, retorció el almohadón por un rato, con movimientos intensos y bruscos hasta que lanzó un suspiro de liberación y cayó hacia atrás agotada por el esfuerzo.

En ese momento pensé, “¿hice lo correcto? ¿Está esto dentro del respeto de la técnica a la persona focalizante, intervenir en algo físicamente?”. Para mi sorpresa, pese al evento traumático y la intensidad de las sensaciones, Isabel se encontró buscando a Dios y encontrando en sí misma la fuerza para integrar este doloroso recuerdo. Solo sentí profundo respeto por esta valiente y fuerte mujer, quien me dejó acompañarla y ayudarla de la forma en la que ella pidió, no de la forma que yo creía correcta. Ese día y semana, tanto ella como yo pensamos mucho en esa sesión. Yo por mi parte no pude evitar vomitar mi almuerzo, mis angustias y mis miedos esa noche.

Me sorprendió verla tan empoderada después de un descubrimiento tan doloroso y fuerte. Me sentí impresionada de mi misma, de cómo mi intuición ya había identificado que las sensaciones sentidas estaban relacionadas y de cómo había podido acompañarle en el revivir de un evento traumático. Esta sesión no fue la más importante para Isabel, sino también para mí como psicóloga y sobretodo como persona. Isabel encontraba su fuerza interna para transformar algo doloroso en amor propio, y yo igual que ella me redescubría y encontraba en mi interior, en mi cuerpo, las respuestas a mis ansiedades. “Confía en tu

intuición Paola, sos fuerte, sabia”. Aprendí a actuar desde el corazón, no tanto desde la mente y el “deber ser” teórico, sino desde esa sabiduría interna que se expande cuando le abris el corazón a alguien. Acompañar a Isabel y estar ahí durante su apropiamiento, empoderamiento y re significación, me genero un cambio de autoconciencia y autopercepción.

Las próximas sesiones y durante las supervisiones manifesté mi angustia e inquietud por hacer lo correcto. Fue muy reconfortante que el equipo asesor validara mi intuición y mi aproximación. Las siguiente sesiones me acerque de manera respetuosa, sin ahondar mucho o preguntar de más, procurando seguir el ritmo de Isabel.

Una vez terminadas las sesiones, recuerdo haberme sentido resistente. Se había movido mucha energía en ambas y yo estaba pasando por un momento difícil de profunda tristeza. Había terminado mi relación de pareja de varios años y sentía mucho enojo y dolor... tal y cual Isabel había manifestado sentir hacia su esposo. Tenía muy poca energía y necesitaba usarla en mí, en cuidarme, amarme y en curarme mis heridas. Creo que ver la fuerza y coraje de Isabel me inspiró a abrazarme a mí misma y a ir adentro de mí a buscar respuestas. Ahí me quedé un par de meses. Después Carolina perdió a su abuela y yo me sentí angustiada, consternada y conectada con su dolor. Decidí no hablar del tema de tesis, porque sabía que en esos momentos no era prioridad. Ella había respetado mi ritmo. Me tocaba a mí devolver el favor.

Recuerdo haberme sentido angustiada y preocupada, desgastada con el tema de “la tesis”. Me percato en estos instantes que me quedé sentada esperando, pre-ocupada sin

mucho actuar, o mejor dicho sin margen para hacerlo. Sabía que la terminaría, costara lo que costara pero ¿Por qué me movía al final? ¿A que me estaba resistiendo?

Durante el proceso de redacción de los resultados y conclusiones, me encontré con muchas resistencias y excusas. No es hasta el final de este trabajo, cuando me siento a escribir y sacar mis emociones que descubro que necesité todo ese tiempo para cerrar la Gestalt y para integrar lo que ahí descubrí. Esta tesis ha sido para mí, más que un requisito para obtener el grado de licenciatura en psicología, un viaje por el cuerpo y a través de él, hacia mí misma, hacia mis relaciones interpersonales, mi historia, mis temores atravesando mi sombra y encontrando espejos amorosos y no amorosos en el camino. Este punto final es saberme mujer fuerte, valiosa, inteligente y talentosa. Este trabajo es un redescubrimiento. Si hubiese hecho un dibujo final de mí misma al final del proceso lo describiría así: “esta es Paola, empoderada y hermosamente humana”.

Esta frase resuena en mi pecho, salta como una pelota emocionada y deseosa de moverse. Duele un poco, oh si duele un poco. *Crece duele, emociona y me mueve adelante...*

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES**

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo describir los alcances y/o limitaciones de la técnica de Focalización en mujeres con Síndrome de Fibromialgia, específicamente el impacto en su sintomatología, vivencia corporal y calidad de vida. A partir de este objetivo, y como resultado de todo el proceso investigativo, se plantean las siguientes conclusiones.

### *Alcances*

Con respecto a la sintomatología, en ambos casos de estudio se logra reducción de dolores y malestares corporales que se presentan durante las sesiones. La Focalización permite o facilita que ambas mujeres transformen, durante el proceso, sensaciones asociadas a síntomas del síndrome en sensaciones menos intensas, o incluso contrarias - de tranquilidad, paz y bienestar. En el caso de Eugenia, esta mejoría solamente se obtiene en las sesiones y una vez fuera del espacio de Focalización, retorna a sentirse igual en su cuerpo. Por otro lado, Isabel logra mantener estas sensaciones durante todo el día en el que practica la técnica. Además, en los resultados del CIF de Isabel se observa un 50% de reducción del impacto de los síntomas.

Es importante resaltar el papel de los métodos de afrontamiento que las participantes implementan para el síndrome, en contraposición con la técnica de Focalización. En ambos casos el dolor es el principal síntoma y las participantes buscan acallar, evadir, rechazar e ignorar este síntoma para así tener una mejoría. Para ello hacen uso de medicamentos analgésicos y actividades distractoras, y explican sus malestares siempre desde el referente físico (versus un referente emocional, o asociado a otra

vivencia). La Focalización se constituye como un nuevo método, con un abordaje diferente pues se presta atención al dolor, en lugar de ignorarle o aplacarle, y se le asocia con emociones, pensamientos y vivencias, lo que resulta innovador y liberador para las participantes. Sin embargo, se identifica que ese abordaje de la técnica puede parecer amenazante para este tipo de población, acostumbrada a “acallar el dolor”. En un caso como el de Eugenia se observa un cuestionamiento reiterado por lo “real” de la vinculación del dolor o sensación física con otros elementos de su vida (que no son físicos). Se analiza que conforme avanzan las sesiones disminuye el cuestionamiento racional y el impacto en la sintomatología es mayor. Es decir, cuando las participantes fluyen en la técnica, permitiéndose escuchar el mensaje corporal, se evidencia reducción de malestares corporales de manera más rápida y efectiva.

En cuanto a la vivencia corporal, con la implementación de la técnica de Focalización, las participantes empiezan a dar importancia a las sensaciones del cuerpo y descubren elementos relevantes que les brindan información del malestar que trastoca esferas más allá de lo físico. Por medio de estas experiencias, logran transformar las sensaciones sentidas de malestar y dolor en otras sensaciones de bienestar. En ambos casos se observa un cambio de la tendencia inicial de luchar contra el dolor; a escuchar las sensaciones dolorosas o de diferente índole, y así cambiar esa sensación y conseguir alivio, siendo esto una mejoría en su conciencia y relación con el cuerpo.

También se descubre que la Focalización logra, además disminuir la intensidad de los síntomas, incrementar o ampliar la percepción del impacto del síndrome en la vida de las participantes, precisamente debido a un aumento en la conciencia corporal.

En general, se identifica una racionalización importante en ambas mujeres, lo cual limita la vivencia corporal. En Eugenia éste se presenta más fuerte y sostenidamente, y en Isabel se observa al inicio del proceso. Esta racionalización se nota cuando las participantes buscan razones y censuran las respuestas que vienen del cuerpo, y cuando se mantienen a un nivel superficial en la exploración de los asuntos. Lo anterior se puede relacionar con una sensación de amenaza al ser la focalización una forma diferente de relacionarse en y desde el cuerpo, y por los asuntos o situaciones con las que se relacionan las sensaciones sentidas, que pueden ser profundos y nuevos. Esto se entiende como una resistencia a escuchar de forma distinta los mensajes del cuerpo. Se considera que el acompañamiento durante este proceso de des-aprendizaje y descubrimiento, fue necesario para que se sintieran seguras y evitaran irse por tangentes racionales.

Otro elemento importante es la habilidad que las participantes presentan para realizar la técnica. Gendlin explica que las personas a las que se les facilita y aporta la técnica son aquellas que tienen más apertura a sentir en el cuerpo; es decir, tienen una habilidad previa para conectarse corporalmente. En esta investigación se observa que Isabel presenta más facilidad que Eugenia para sentir el cuerpo. Ésta última es más racional y se le dificulta más llegar a un grado de profundidad elevado de forma sostenida. Posiblemente demorará más en tener una concepción y vivencia integral.

Cabe resaltar que para ambos casos, entre más sesiones tenían las participantes, más profundización y mejora en la vivencia corporal se lograba al focalizar. Aunque es posible alcanzar un nivel elevado de profundidad con la primera sensación sentida, en el caso de ambas participantes del estudio se encuentra resistencia para trabajar los asuntos



más fuertes en su cuerpo. Se analiza que esto puede estar referido a que la relación con su cuerpo ha sido marcada por el dolor, y el rechazo a las sensaciones. En el caso de Isabel, la sesión más profunda, en la que recuerda y revive una situación traumática, toma aproximadamente una hora para entrar en la sensación, y en el caso de Eugenia en todas las sesiones es necesario un largo “despeje del espacio”. Esto puede reflejar la resistencia a relacionar o explorar sensaciones sentidas más fuertes, y la dificultad para sentir o trabajar en, y desde, el cuerpo. De ahí que la labor de la investigadora en el acompañamiento es importante para la profundidad de la experiencia. En ambos casos se evidencia que las participantes requieren una persona que re direcciona ante bloqueos mentales, y un apoyo para sentir sensaciones desde un lugar de respeto, y así no juzgar las respuesta y validar que lo que surge no tiene que ser “lógico”.

En ambos casos de estudio las investigadoras observaron cambios que las participantes no notaron en sí mismas (diferencias en lenguaje no verbal, relaciones, calidad de vida, relación con el cuerpo, síntomas, entre otros). Cuando las participantes si observaron cambios en su vida, en algunas ocasiones no llegaron a notarlos como alcances del proceso. Ante esto se concluye que las transformaciones, hallazgos y resoluciones vividas en y desde el cuerpo pueden necesitar procesarse de manera racional para poderse operacionalizarse e integrarse en la vida cotidiana de las participantes. Es posible que algunas personas, al tener una relación “lejana” y de “rechazo” con su cuerpo, y al experimentar el mundo desde el ámbito cognitivo, mental, necesiten espacios fuera de la técnica, de conversación, para discutir, cuestionar y explicar lo sucedido en la vivencia con la Focalización, para entender e interiorizar la experiencia.

Se concluye que en ambos casos hay una mejoría en la vivencia corporal, aunque aún se presentan algunas limitantes en cuanto a integrar esta vivencia con el resto de la experiencia humana. En el caso de Isabel se concluye que la utilización la técnica de Focalización permite un contacto directo y profundo con su cuerpo; le facilita sentirse en su corporalidad de forma distinta. Así mismo, parece que esta técnica le ayuda a empoderarse y saberse dueña de su vida. Isabel no solo piensa vive desde el cuerpo transformaciones y cambios, esto cambia su auto-percepción y auto-concepto; ahora se sabe fuerte y lista para afrontar lo que viene con las manos abiertas para tomarlo. En el caso de Eugenia, la Focalización propicia una apertura para acercarse a su cuerpo de manera más respetuosa que al inicio. Del mismo modo, se aprecia que al final del proceso está más consciente del impacto que tiene el SFM en su cotidianidad, ya que no solo piensa en el cuerpo, sino que le siente. También se considera que esta nueva forma de ver y sentirse en su cuerpo, se relaciona con una mayor consciencia y apertura a explorar sus emociones.

Con respecto a la calidad de vida también se observa una mejoría, especialmente en áreas de auto-cuido, auto-concepto y relaciones interpersonales.

En ambos casos, desde el inicio del proceso se observa que las actividades de auto-cuido son importantes para las participantes, Se aprecia, en ambos casos, que el diagnóstico de SFM, facilita “darse permiso” para incorporar actividades en la cotidianidad relacionadas con el auto-cuido. Parece que se sienten respaldadas por el para permitirse descansar, relajarse y protegerse de diversas formas (masajes, camas especiales, espacios personales, etcétera). Cabe destacar que no se considera una ventaja secundaria del SFM,

sino más bien un elemento que ayuda a reconocer la existencia de malestares y/o dolores emocionales y físicos, evidenciando corporalmente una demanda de recibir atención.

Después del proceso se observa que en ambas hay un aumento de estas actividades, en las que ellas son las protagonistas. En el caso de Isabel se resalta que ella incluye actividades fuera de la esfera familiar, en las que ella puede divertirse y no limitarse al rol de cuidado que se atribuye en el hogar. Eugenia, por su lado, invierte un día completo en actividades para sí misma, y reporta que al hacer este tipo de actividades sus síntomas, relacionados con el SFM, son más leves.

En lo que refiere a auto concepto y autoestima se observa en ambos casos un cambio positivo. Se aprecia una diferencia significativa en Isabel, quien se llega a sentir más valiosa, y si bien sigue siendo importante cómo la ven los demás, su propia percepción toma un papel relevante, antes ausente. En Eugenia vemos un cambio de describirse negativamente al inicio, a hacerlo positivamente al final del proceso. Además, pasa de priorizar la percepción de lo que otros(as) pueden pensar de ella, a describirse a partir de lo que ve de sí misma, de adentro hacia afuera.

En las relaciones interpersonales también se ve un cambio después de las sesiones. Al inicio del proceso, ambas mujeres se expresan de sus relaciones desde un “locus” de control externo, pues mencionan que las perciben y tratan de determinada manera y que eso les afecta, siendo ésta una posición que se puede interpretar como “pasiva”. Una vez terminado el proceso el “locus” de control es interno, pues ellas expresan que deciden reaccionar diferente en sus relaciones, y mediar en cómo las situaciones les afectan. A partir de ello reportan mayor interacción y mejor relación con personas allegadas.

Cabe resaltar que la mejoría en las relaciones interpersonales es muy diferente para cada caso, según las vivencias particulares. En el caso de Isabel, ella ahora comunica más sus emociones y opiniones a los(as) demás. Esto le permite sentirse mejor consigo misma y tener mayor protagonismo en la forma en que se vincula con su entorno. Isabel identifica y reconoce la capacidad e importancia de darse su lugar, en vez de quedarse callada y “tragarse las cosas”, especialmente en el caso con su esposo y sus hijos. Para Eugenia el cambio radica en empezar a relacionarse más y en la forma que lo hace; se permite relajarse más y, guardarse menos las cosas. Aquí se resalta un cambio sustancial en la relación con la madre, con quien busca relacionarse cuando está despierta en vez de una interacción que anteriormente estaba limitada a un rol de cuidadora. En general, en ambas mujeres se concluye que existe una consciencia sobre la reacción que pueden tener en las relaciones con otros(as), y dejan de esperar solamente a que el “otro(a)” cambie. Es decir, se ubican en un lugar más activo y protagónico.

Otro alcance importante de este estudio es el compromiso ético de las investigadoras, ya que además de supervisar, buscaron modificar el espacio (físico y emocional) para acompañar a las participantes durante el proceso. Como parte de la responsabilidad y respeto al proceso de Isabel y Eugenia, las investigadoras procuraron cerrar Gestalt después de las sesiones y antes de comenzar cada nueva sesión. La conexión y vinculación entre las investigadoras acompañantes y las consultantes permitió crear un espacio de confianza y apertura que generó transformación y sanación interior. Estas adaptaciones corresponden a las necesidades sentidas como parte de la aproximación fenomenológica del estudio.

A partir de estos hallazgos, se evidencia que la técnica de Focalización cumple en Eugenia y en Isabel los dos objetivos a los que responden otros abordajes psicológicos del SFM (Vallejo, 2008), que son: actuar sobre la sintomatología y buscar impactar la calidad de vida, por medio de la aceptación, afrontamiento y empoderamiento con respecto a la situación vivida. La técnica permite que las participantes acepten y descubran que el control en sus vidas es interno y no externo. Esta aceptación las lleva a soluciones y a la resignificación de sus experiencias desde pensamiento, emoción y cuerpo. Además, se resalta que existe un valor agregado de la técnica con respecto a otros abordajes psicológicos, pues permite integrar el cuerpo como medio y fuente de bienestar, brindándole un rol protagónico, activo y de sabiduría a la persona consultante. En la focalización se trabaja integralmente desde la cognición y emoción, y se agrega el cuerpo, permitiendo que las participantes le brinden valor a todos estos elementos y encuentren soluciones y sanación de manera interna.

Se concluye en ambos casos que la técnica presenta alcances e impacto en la sintomatología (presente en y fuera de las sesiones), la vivencia corporal y la calidad de vida. En la técnica, al explorar y describir sensaciones asociadas al dolor, las sensaciones sentidas se transforman y se relacionan con otros elementos de la vida cotidiana. Estas transformaciones directamente relacionadas con la vida de las participantes, tienen a su vez impacto en el sentir físico, mental y emocional, que permite una relación diferente con el cuerpo, e impacta la calidad de vida, especialmente en relaciones interpersonales, auto-concepto y bienestar emocional.

### *Limitaciones*

Con respecto a las limitaciones, se mencionan aquellas provenientes del trabajo de investigación como tal y luego las limitantes que presenta la introducción de la técnica de Focalización con esta población.

Como limitación de la investigación se observa que el tiempo en que se recopila la información posterior a la vivencia con la técnica es muy corto. De manera inmediata se evalúa el impacto en las distintas esferas de las participantes y se considera que hubiese sido enriquecedor hacer una tercera medición, uno o dos meses después, para determinar si los alcances presentados eran sostenidos a lo largo del tiempo. También es limitante que la vivencia fue breve en cantidad y frecuencia de las sesiones. Es posible que al ser más sesiones o más frecuentes (en este caso eran semanales), se hubiese podido observar más sostenidamente los resultados.

Otra condición limitante fue el lugar seleccionado, el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica. Este se escoge por facilidad y ubicación para las participantes, pero resulta no contar con las condiciones óptimas para la ejecución de la técnica. El sonido ambiente, música del teatro contiguo, carros, ruidos de la calle y personas presentes en el centro dificultan la concentración. Así mismo, los muebles no resultan cómodos para relajarse, y ambas participantes reportan informalmente a las investigadoras sentir molestias con la comodidad y bulla del lugar, restando comodidad y causando dificultad para implementar una técnica en la que se requiere conectar con el cuerpo. Se resalta el caso de Eugenia, en que una de las sesiones se realiza fuera de las

instalaciones, al aire libre, y es de las ocasiones en que más se logra profundizar y conectar con sensaciones físicas, cognitivas y emocionales.

En cuanto a las limitaciones de la Focalización en mujeres con Síndrome de Fibromialgia, se encuentra que la técnica por sí sola no es suficiente para integrar lo vivido en las sesiones con la experiencia de la vida cotidiana. Como se menciona anteriormente las investigadoras observan cambios que las participantes no notan en sí mismas o no refieren como asuntos trabajados en las sesiones, aunque los hallazgos así lo reporten. En este caso se considera que la técnica, tal como fue realizada en el estudio, al trabajar desde el cuerpo, y no incluir una reflexión o procesamiento racional de lo vivido, limita el “entender” o interiorizar la experiencia, en una población que además no está acostumbrada a “comprender” mensajes corporales. Por ello se considera que es necesario incluir un tiempo de conversación anterior y posterior a la vivencia con la técnica, incluso como espacio terapéutico, que en este caso no era alcance de la presente investigación.

Otro aspecto limitante de la vivencia con la Focalización es que tiene un abordaje muy directo hacia el cuerpo, y por ello se presentó dificultad de ejecución e impacto, en personas con un enfoque mental, cognitivo y racional, como sucede con las participantes. Se observa, a raíz de la resistencia y amenaza que representa para Isabel y Eugenia acercarse y “escuchar” al cuerpo, que para esta población le puede ser beneficioso tener más sensibilización previa con el cuerpo, que la que se tuvo en la investigación. En esta cultura occidental se nos educa para escindir cuerpo y mente o emoción, y esta técnica invita a un cambio de paradigma que para las participantes resulta ser aún más incómodo por los malestares físicos que presentan. Por ello, una sensibilización y aproximación

gradual al cuerpo, y por ende a la técnica, puede ayudar a abrirse más, a que la Focalización se implemente con mayor profundidad y que se interiorice su impacto.

Por otra parte, en la técnica pueden presentarse sensaciones sentidas y asuntos dolorosos y no se puede prever los sucesos. En el caso de Isabel, revivir la experiencia de abuso sexual representó ansiedad en la participante y en la investigadora. La técnica puede propiciar desbloques importantes y la persona que acompaña debe saber reaccionar para acompañar de manera óptima a la focalizante, de lo contrario se pueden abrir experiencias que queden inconclusas y generen mayor daño en la calidad de vida de la participante.

Aunado a lo anterior, se considera que la técnica requiere entrenamiento para ejecutar a manera de acompañamiento y de manera personal. Si bien, una persona entrenada con la técnica puede auto-focalizar, en el caso de las participantes se considera que necesitan más entrenamiento para realizar una Focalización sin acompañamiento y no censurarse o quedarse en el plano racional. Es posible que con personas con SFM exista dificultad para que en pocas sesiones logren reproducir la técnica consigo mismas, y se recomienda de manera general que la técnica se realice en diadas (guiada).

También se resalta que la Focalización no presenta un alcance de “cura” para el síndrome. Es entonces una herramienta terapéutica, vivencial y personal, y por ello el alcance depende de las participantes. Cada focalizante guía su propio proceso y ritmo, y la persona que le acompaña respeta y se guía por la persona; no por teorías o procedimientos preestablecidos, Es decir, los resultados de la utilización de esta técnica no son “tangibles ni generalizables”, y no se le puede asegurar a una persona, con SFM, que quiera utilizarla,



un alivio, pero puede ser una herramienta valiosa para experimentar mejoras en la vivencia corporal y calidad de vida.

Otro aspecto importante es el plan de seguimiento a la investigación o al proceso, hasta el momento en el que las participantes se visualicen con una Gestalt cerrada. En esta investigación se les sugirió a ambas mujeres continuar con el proceso, mas no hubo una contemplación de esta posibilidad al diseñar el estudio. En ambos casos las mujeres mostraron interés por usar la focalización en el futuro, sin embargo no consideraron necesario seguir asistiendo a las sesiones.

## **CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES**

En este apartado se presentan algunas recomendaciones para optimizar futuros procesos de implementación de la técnica de Focalización o estudios de carácter académico para determinar alcances de la misma, en ésta o similares poblaciones.

En primera instancia se cree importante utilizar espacios que propicien la concentración y relajación, idealmente donde haya naturaleza y, en la medida de lo posible, no hayan tantos ruidos ambientales. Se considera pertinente que en procesos terapéuticos con esta población se realicen varias sesiones de sensibilización con el cuerpo y distintas formas de despejar el espacio para propiciar un proceso de reconexión con el cuerpo de manera gradual y así disminuir las resistencias que puedan presentarse. Seguidamente se plantea óptimo hacer sesiones con la técnica; alternadas con sesiones terapéuticas generales en las que se hable y reflexione de la experiencia con la Focalización, luego se incorporen sesiones de grupo (con otras personas que presenten el síndrome, como grupo de apoyo) y finalmente se guíe, gradualmente, hacia la auto-Focalización. También se recomiendan otras formas de abordar la técnica de Focalización con la población, que sea menos directa hacia el cuerpo, como la Focalización de sueños o con imágenes.

Es importante que para futuras aproximaciones con población similar, la técnica de Focalización sea parte de un proceso terapéutico, que tenga como un recurso o técnica primordial la Focalización. Esto porque la elaboración cognitiva y emocional de esas experiencias es necesario integrarlas y comprenderlas en tres ejes: cuerpo, mente y emoción. Se recomienda realizar sesiones más largas, procurando que la persona pase de las primeras sensaciones, menos profundas, a asuntos con mayor resistencia. Se puede re-

direccionar sensaciones de bienestar al cuerpo para corroborar su validez, y ahí puede darse paso a más sensaciones sentidas que finalmente den en el blanco del asunto más intrínseco. Cabe destacar que no se considera negativo resolver o trabajar asuntos “más pequeños” en un inicio, pero es importante ir acompañando a las participantes gradualmente en una nueva forma de relacionarse con el cuerpo.

Es importante que al trabajar con personas que no han vivenciado esta herramienta anteriormente, e incluso no hayan tenido procesos de introspección, quienes acompañen a las participantes dirijan mucho el proceso al inicio, por medio de preguntas, reflejos de sentimiento, parafraseo, observaciones de movimientos y entonaciones. Esto facilita la nueva exploración del cuerpo y sensaciones, ayudando a que la persona revise y valide internamente la información que obtiene.

Se considera que la utilización de esta técnica en personas con SFM o condiciones afines debe ser un profesional en psicología que tenga las herramientas técnicas y sepa cómo reaccionar y dar contención a los hallazgos y sensaciones sentidas que se presenten. Esto tomando en cuenta que si la se conecta con algún asunto profundo se pueden vivenciar traumas emocionales fuertes y esto requiere acompañamiento. Una vez que ya la persona tenga más experiencia con la técnica se cree pertinente que otras personas con este síndrome logren introducir la Focalización de manera grupal y puedan así compartir sus hallazgos y su vivencia con la técnica. Lo anterior puede ayudarles a abrir y validar lo que están sintiendo, inclusive a desarrollar una red de apoyo de personas que también estén pasando por lo mismo.

Otro aspecto que puede enriquecer la experiencia y/o el conocimiento del alcance de la Focalización es que las personas que utilicen la técnica lleven un diario sobre cómo se han sentido con el cuerpo y apunten lo que sienten y piensen durante la semana. Antes de iniciar la sesión se puede comentar y así incluirlo también en los hallazgos, o incluso focalizar un asunto experimentado en la semana. Eso puede ayudarle a la persona focalizante a continuar procesando lo que vivenció en la sesión y descubrir nuevos elementos como frecuencia de síntomas, momentos en que aumentan sensaciones de malestar y así relacionarlas con eventos o asuntos a trabajar. También se puede recomendar a la persona que procure despejar el espacio o dedicarse unos minutos al día para entrar al cuerpo y procurar establecer hábitos de contacto con el cuerpo que facilite el paso gradual a la auto-Focalización.

Para futuros estudios en los que se utilice el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia, se considera importante corroborar la percepción de la persona, es decir, preguntarle a manera cualitativa porqué indicó las puntuaciones seleccionadas. Por otra parte, si se tiene el objetivo de demostrar los beneficios de la herramienta terapéutica en mujeres con SFM, se puede incorporar no sólo la perspectiva de las participantes o de los(as) investigadores(as) sino también el punto de vista médico y de familiares o amigos. Tener una validación adicional, médica o familiar, de cómo está la persona, puede aportar a triangular los resultados y justificar con más información la implementación de la técnica en la atención de esta población.

A los profesionales de la salud que desde la medicina, farmacia, fisioterapia y psicología atienden a personas con SFM se recomienda tener en cuenta que estas personas

pueden necesitar un abordaje más integral, mental, emocional y físico de su vivencia. El apoyarse y asesorarse con otros profesionales que atiendan esta población puede permitir el enriquecimiento en la comprensión del SFM, así como las alternativas recomendadas para estas personas. Se sugiere hacer simposios donde distintos profesionales en salud expongan sus perspectivas, descubrimientos y propuestas para proporcionar metodologías de afrontamiento integrales y adaptadas a las necesidades de la población.

## REFERENCIAS

- Aguilar, L. (2013) *Estudio exploratorio del uso de Focusing como técnica de intervención psicoterapéutica utilizada en Costa Rica durante el período comprendido entre enero del 2000 y mayo del 2013, por profesionales en psicología certificados por el Focusing Institute de New York*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología en la Universidad Hispanoamericana. Heredia, Costa Rica.
- Alemaný, C. (2006). El cambio terapéutico en la psicoterapia experiencial de E. Gendlin. *Miscelánea Comillas* 64(125), 503-528.
- Alemaný, C. (2011). De la psicoterapia experiencial al Focusing: la trayectoria de Eugene Gendlin. *Miscelánea Comillas* 69, 443-469.
- Álvarez, J.; Negreros, A.; Nuño B.; Álvarez, J. y Alcover, L. (2006). *Eficacia de la hipnosis ericksoniana en el síndrome de fibromialgia en mujeres*. *Revista Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social* 45(4) 395-401.
- Arregui, J y García, J. (2006). *Significados Corporales*. Colección Monografía 11. España: Contrastes.
- Baldwin, S. ; Berkeljon, A. ;Atkins, D. ; Olsen, J & Nielsen, S. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and dose-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77 (2), 203-211.
- Bauer (2007) *¿Qué es la fibromialgia?* Consultado el 25 de Febrero del 2012 en: <http://www.fibromialgia.com.es.htm>.

- Bertucci, A. (2004) *La fenomenología, la pintura y el cuerpo*. Jornadas de investigación en filosofía. Universidad Nacional de la Plata. Consultado el 02 de marzo del 2012 en: [http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.63/ev.63pdf](http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.63/ev.63pdf).
- Bray, J. (s.f) The wisdom of the body. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal (HCPJ)*. Consultado el 02 de marzo de 2012 e;: en: <http://www.therapytoday.net/article/show/2257/>.
- Calvo, N. (2006) *Casi 95 mil días con reumas*. Periódico Al Día, Costa Rica. Publicado 17 enero del 2006.
- Carmona, A. (2006) *Guía de aspectos psicológicos en Fibromialgia*. Consultado el 25 de Febrero del 2012 en <http://www.afibrom.org/Gu%EDaAspectosPsicol%F3gicos.html>.
- Carpio, C.; Pacheco, V.; Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología* 14(1), 3-15.
- Castañeda, G. (2004) *Vivencia de prácticas corporales artísticas: allegar-se al cuerpo vivido desde expresiones dancísticas*. Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Motricidad y Desarrollo Humano. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- Cerezo, C. (S.f). *Gestalt, Voz y Cuerpo*. Técnica Roy Hart. Boletín digital. Instituto de psicoterapia Gestalt. Consultado el 12 de marzo 2012 en: <http://www.escuelagestalt.com/archives/1042>.

- Chávez, A. y Hernández, E. (2005). *Características psicosociales asociadas al diagnóstico de fibromialgia en cinco mujeres de Guanacaste*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología en la Universidad de Costa Rica. Guanacaste, Costa Rica.
- Clauw, D. & Taylor-Moon, D. (2006). *Fibromialgia*. American College of Rheumatology. Consultado el 28 de mayo del 2009 en <http://www.rheumatology.org>.
- Coffend, T. (2003). Trauma, imagery and focusing. *Person-centered and Experiential Psychotherapies* 3(4), 277-290.
- D'Arcy, Y. (2005). Following new guidelines to treat fibromyalgia pain. *Nursing*, 35(10), 17-18.
- De Castro, A.; García, G. y Rodríguez, I. (2006). La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico existencial. *Psicología desde el Caribe* 17, 122-148.
- Deering, D. (2008). *Analysis of quantitative electroencephalography (qEEG) patterns in fibromyalgia patients as compared to a normative database*. Tesis para optar por el grado de Doctorado en Filosofía en Northcentral University. Arizona, EE.UU.
- Depestele, F. (2012). *¿Cómo hacer la Terapia Experiencial?: En la práctica de integrar Focusing a la psicoterapia*. 24vo Congreso Internacional de Focusing. Buenos Aires, Argentina.
- Febles, M. (2003) El cuerpo como mediador de las funciones psíquicas superiores. Hacia una terapia corporal. *Revista Cubana de psicología*. 20 (3).



Fibromyalgia Facts. (2006, June 15). Consultado el 25 de marzo del 2013 en:

<http://www.chronicfatigue.about.com/od/fibromalgia/p/historyfm.htm>.

Frezza, E. (2008). Focusing and chronic pain. *The Folio* 21(1), 328-337.

Gendlin, E. (1973). Experiential psychotherapy. *Current psychotherapies*, 317-352.

Consultado el 11 de marzo del 2010 en:

[http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol\\_2029.html](http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2029.html).

Gendlin, E. (1974). Client-centered and experiential psychotherapy. *Innovations in client-centered therapy*. 211-246. Consultado el 12 de marzo del 2010 en:

[http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol\\_2118.html](http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2118.html).

Gendlin, E (1983). *Focusing: proceso y técnica del enfoque corporal*. Bilbao: Mensajero.

Gendlin, E (1999) *El focusing en psicoterapia: Manual del método experiencial*. España: Paidós.

Gendlin, E (2001). *Deja que tu cuerpo interprete los sueños*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwe S.A.

González, G. (2001) Imagen corporal: cuerpo vivido, cuerpo escindido. *Perinatol Reprod Hum*, 15(2).

Hedberg, N. R. (2009). Case study: A comprehensive approach to Pseudo Fibromyalgia. *The Original Internist*, 16(1), 21-26.

Hellinger, B. (2011) *La Sanación un manifiesto para la salud y la vida en el siglo XX. Sanar y mantenerse sano*. México. Ed. Grupo Cudec.

- Hill D.; Beutler L. & Daldrup R. (1989). The relationship of process to outcome in brief experiential psychotherapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*. Noviembre 45(6), 951-955.
- Hughes L. (2006). Physical and psychological variables that influence pain in patients with fibromyalgia. *Orthop Nurse* 25(2), 112-119.
- Instituto Español de Focusing (s.f). *¿Qué es Focusing?* Consultado el 16 de marzo del 2010 en <http://www.focusing.es/>.
- Karlins, M. y Andrews, L. (1974). *Bioinformación (biofeedback): abriendo el poder de la mente*. Mexico: Editorial Diana.
- Kazdin, A.; Tuma, H.(1982). *Single-Case research designs. New directions for methodology of social and behavioral science*. EE.UU.: Ed. Jossey. Bass Inc,
- Klagsbrun, J. (2009). *Focusing: una herramienta corporal y mental para la autoexploración y reducción del stress*. Consultado el 16 de abril del 2009 en [http://www.focusing.org/es/focusing\\_una\\_herramienta\\_corporal\\_y\\_mental\\_klagsbrun\\_trad\\_riveros\\_031209.pdf](http://www.focusing.org/es/focusing_una_herramienta_corporal_y_mental_klagsbrun_trad_riveros_031209.pdf).
- Ko, G.; Whitmore, S.; Gottfried, B.; Hum, A.; Rahman, M.; Traitses, G.; Loong, S.; Steward, K.; Berbrayer, D. & Jokic, M. (2005). Fibromyalgia/ chronic pain syndrome: An alternative medicine perspective. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 17(1), 1-21.
- Lega, L.; Caballo, V. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI de España Editores.

- Luciano, M. y Sonsoles, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo* 27(2), 79-91.
- Lumley, M., Cohen, J., Stout, R., Neely, L., Sander, L., & Burger, A.. (2008). An emotional exposure-based treatment of traumatic stress for people with chronic pain: Preliminary results for fibromyalgia syndrome. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*. 45(2), (165-172).
- Martínez, J.; Barahuna, I.; Kubokawa, K.,;Pedreira, I.; Machado, L. & Cevalco, G. (2001). Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 item short-form study. *Disability and Rehabilitation* 23(2), 64-68.
- McGuire-Bouwman, K. (1999). Medical change events through experiential focusing. *A Journal for Focusing and Experiential Therapy* 18(1), 1-10.
- Miró, J. (2003) *Dolor Crónico. Procedimiento de evaluación e intervención Psicológica*. Editorial Desclée de Brouwer S.A. Departamento de psicología, Univeritat Rovira i Virgili: España.
- .Monteverde S.; Salvat I.; Montull S. y Fernández-Ballart J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología* 31(9), 507-513.
- Moss, D. (2008). *Behaviorally reconnecting mind and body*. In S. Ostalecki (Ed.), *Fibromyalgia: The complete guide from medical experts and patients*, Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

- Murphree, R. (2007). Are they crazy? *The American Chiropractor*, 44-46.
- Navarro, M. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en Psicología* 20, 1-21.
- Ostalecki, S. (2008). Self-management techniques. In S. Ostalecki (Ed), *Fibromyalgia: The complete guide from medical experts and patients*. (pp. 213-233). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Pérez, V. (2010). *Manual Cognitivo Conductual Emocional, dirigido a psicoterapeutas para el manejo del dolor crónico en mujeres con Fibromialgia*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología en la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Quero, S.; Villa, H .y Castañeiras, C. (1999). *Autoconciencia y conciencia corporal en pacientes con trastorno por pánico*. Fòrum de Recerca (Segones Jornades de Foment de la Investigació), Publicacions de l'UJI, Universidad Jaume. Consultado el 14 de marzo del 2010 en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi2/autocon.pdf>.
- Quesada, K. (2006). *Intervención psicoterapéutica en un grupo de mujeres con diagnóstico de fibromialgia*. Tesis para optar por el grado de Especialista en Psicología Clínica en la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Rea, T.; Russo, J.; Katon, W.; Ashley, RL & Buchwald, D. (1999). A prospective study of tender points and fibromyalgia during and after an acute viral infection. *Arch Intern Med* 159(8), 865-870.

- Reed, S. (2011). *Are we reaching the body? A study of social worker's attitudes on the mind body connection in trauma treatment*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social en Smith College School for Social Work, Massachusetts, EE.UU.
- Ringwelski, B. (2003). *Focusing and somatic diseases*. 15th International Focusing Conference (IFC) Pforzheim, Alemania: HJ Feuerstein FZK. Consultado el 28 de mayo de 2009 en: [http://cms.focusing.de/files/ringwelski\\_beate\\_focusing\\_and\\_somatic\\_diseases.pdf](http://cms.focusing.de/files/ringwelski_beate_focusing_and_somatic_diseases.pdf).
- Rojas, A.; Zapata, A.; Anaya, J. & Pineda, R. (2005). Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatología* 12(4), 295-300.
- Rubin, J. J. (2005). Psychosomatic pain: New insights and managements strategies. *Southern EFT for Fibromyalgia 89 Medical Journal*, 98(11), 1099-1110.
- Russell, I. J., & Raphael, K. G. (2008). Fibromyalgia syndrome: Presentation, diagnosis, differential diagnosis and vulnerability. *Primary Psychiatry*, 15(Suppl. 2), 6-11.
- Sánchez, G. (2011). *Entrevista – Grupo de de Focalización con Robert Lee*. San José Costa Rica. Entrevista personal no publicada.
- Scaer, R. C. (2007). *The body bears the burden: Trauma dissociation and disease* (2da Edición.). Nueva York: Routledge, Taylor & Frances.
- Schorr, M. (2005). Is it all in my head?. *Psychology Today*, 38(3), 70-78.
- Shomon, M. J. (2004). *Living well with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: What your doctor doesn't tell you...that you need to know*. Nueva York: Harper Collins.

- Schützenberger, A. (1998) La huella de nuestros antepasados: un estudio sobre genealogía clínica. *Revista Nouvelles Clés*, (18).
- Stelter, R. (2000). The transformation of body experience into language. *Journal of Phenomenological Psychology* 31(1), 63-77.
- Turk, D. C. (2008). Fibromyalgia. *Primary Psychiatry*, 15(1), 31-34.
- Velkuru, V., & Colburn, K. (2009). Fibromyalgia. *Primary Care Reports*, 15(2), 13-24.
- Vallejo, M. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clínica y Salud* 19(3), 417-430.
- Vásquez, A. (2003) *Epidemia de dolor*. Revista Dominical, La Nación, Costa Rica. Consultado el 28 de Febrero del 2012 en: <http://www.lanacion.com>.
- Velarde, E.; Ávila, C. (2002). *Evaluación de la calidad de vida*. *Salud Pública Mex.* 44 (4), 349-361. Consultado el 13 de marzo del 2010 en: [http://www.insp.mx/rsp/files/File/2002/num\\_4/v44n4\\_evaluacion.pdf](http://www.insp.mx/rsp/files/File/2002/num_4/v44n4_evaluacion.pdf).
- Verdugo, M. y Martín, M. (2002). Autodeterminación y Calidad de Vida en Salud Mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental* 25(4), 68-77.
- Wall, G.; Krypkel, L.; Miller, M. & Rees, D. (2007). A pilot study of complementary and alternative medicine use in patients with fibromyalgia syndrome. *Pharmacy Practice* 5(4), 185-190.
- Wallace, D. J., & Wallace, J. B. (2002). *All about fibromyalgia: A guide for patients and their families*. New York: Oxford University Press.

- Warner, K. (2006) Inside Out: Focusing as Therapeutic Modality. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*.45, 45-59.
- Waxman, J. (2005). The best approach to relieving Fibromyalgia symptoms. *Cortlandt Forum*, 18(4), 28-35.
- Weiser Cornell, A. (1999) *El poder del Focusing*. España. Ed Obelisco S.L.
- Yontef, G. y Jacobs, L. (2005) *Gestalt therapy*. Consultado el 22 de febrero de 2012 en: [http://www.gestalttherapy.org/\\_publications/intro\\_to\\_gestalt\\_therapy\\_2\\_2011.pdf](http://www.gestalttherapy.org/_publications/intro_to_gestalt_therapy_2_2011.pdf).
- Zarate, T. (2007). Calidad de vida y estado de salud en estudiantes universitarios del centro universitario de ciencias de la salud de Universidad de Guadalajara, Jalisco. *Revista Ciencia y Tecnología* 13. Consultado el 11 de marzo del 2010 en <http://rectoria.uasnet.mx/dcs/index.php?op=8&s=5&revista=25&articulo=432&tArea=%C1rea%20III.%20Ciencias%20Sociales%20y%20Humanidades.%20Programa%20Delf%EDn>.

# **ANEXOS**



## ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

Universidad de Costa Rica  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Psicología

COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos (506) 2207-5006 Telefax: (506) 2224-9367

## FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### “Alcances de la técnica de Focalización (Focusing) en mujeres con Síndrome de Fibromialgia”

#### A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:

El presente proyecto de tesis es realizado por Paola Argueta Jara y Carolina Londoño Arana, para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica. Dicho proyecto es dirigido por la Licda. Ginette Sánchez Gutiérrez, directora de la Revista electrónica de estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Las lectoras, miembros del equipo asesor, son la Dra. María Celina Chavarría Obando y a MSc Dora Gamboa Obando. El estudio se llevará a cabo en poco tiempo y consiste en una investigación mixta, mediante la cual se busca, determinar los alcances y/o limitaciones de la técnica de Focalización (Focusing) en mujeres con Síndrome de Fibromialgia.

La técnica de Focalización (Focusing) es una herramienta que permite que las personas presten atención a sensaciones corporales y descubran el(los) mensaje(s) que yace(n) en el cuerpo. Al prestarles atención se conectan las sensaciones, emociones y pensamientos con significados que provienen de la experiencia individual, usualmente relacionados con inquietudes ante una situación, decisión, relación o problema en particular. Primero se describen las sensaciones; una de las investigadoras le acompañará en el proceso y le hará preguntas que le ayuden a describir dicha sensación. Usted comparte la información que desee comunicar, puede guardarse ideas, recuerdos o pensamientos para su persona, si lo desea. Una vez que se ha encontrado una imagen, textura, olor o sabor que describa la sensación, se le pregunta a esa parte del cuerpo por alguna situación real o imaginada que se parezca o que venga a la mente con esa descripción. Ahí es cuando se descubre la relación con la vida cotidiana o la experiencia y se genera una solución ante esta sensación.

#### B. ¿QUÉ SE HARÁ?: si acepto participar en este estudio, colaboraré con lo siguiente:

- ◆ Se me explicará en que consiste la técnica de Focalización y se me aclaran las dudas e inquietudes.
- ◆ Llenaré cuestionarios sobre mi pensar y sentir con respecto a la técnica y el síndrome al empezar, durante y al terminar el proceso.
- ◆ Participaré en 10 sesiones de aproximadamente media hora en las que trabajaré con una de las investigadoras con la técnica de Focalización. Estas grabaciones de video y audio serán vistas únicamente por el comité asesor y las investigadoras.

- ◆ Se me hará una entrevista semi-estructurada, al empezar y terminar el proceso, para ahondar más con respecto a mi vivencia con el síndrome y la técnica que fue introducida, las cuales serán grabadas en audio.
  - ◆ Todo el proceso será supervisado por un comité asesor, el cual tiene amplia experiencia en la temática a investigar.
- C. **RIESGOS:** La participación en este estudio significa posible riesgo o molestia por lo siguiente: riesgo a molestias e inconvenientes al llevar a cabo la técnica, al responder alguna de las preguntas de la entrevista o test psicológicos, y riesgo mínimo a la pérdida de privacidad, al compartir esta experiencia con las investigadoras, por lo que se me respetará el derecho a no participar o interrumpir mi participación cuando así lo desee.
- D. **BENEFICIOS:** como resultado de la participación en este estudio no se asegura la obtención de un beneficio directo. Por medio de la información que otorgue su participación, las investigadoras aprenderán y podrán detallar más acerca del Síndrome de Fibromialgia y este conocimiento puede resultar beneficioso para otras personas, con o sin el síndrome, en el futuro.
- E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Paola Argueta Jara o con Carolina Londoño Arana, investigadoras de este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Paola Argueta Jara al teléfono 89975189 o a Carolina Londoño al teléfono 88196481 en el horario de 8 am a 7 pm. Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F. Recibiré copia de esta fórmula firmada para uso personal.
- G. Mi participación en este estudio es voluntaria. Tengo derecho de negarme a participar o a discontinuar la participación en cualquier momento, sin que esta decisión me afecte en ningún sentido
- H. Mi participación en este estudio es confidencial y anónima; no obstante, doy mi autorización para que los datos obtenidos durante la investigación puedan aparecer en una publicación o ser divulgados en una reunión científica, pero de manera anónima. Es decir, no se incluirán datos personales acerca de las participantes, ni se mostrarán grabaciones de audio o video, haciéndose alusión únicamente a los procesos y no habrá información que identifique a las personas involucradas.

- I. La información obtenida será manipulada, conservada y almacenada únicamente por las investigadoras, mediante grabaciones de audio, video y registros escritos. Una vez concluida la investigación, se destruirá el material que contiene la información.
- J. No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

---

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

---

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 53

ANEXO 2.

**Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia** (Burckhard, 1994; Monteverde et al, 2004)

**Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (CIF)**

*Instrucciones: Rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad, por favor tache la pregunta.*

1. ¿Ha sido usted capaz de...?

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
a. ¿Hacer las compras?	0	1	2	3
b. ¿Lavar la ropa?	0	1	2	3
c. ¿Preparar la comida?	0	1	2	3
d. ¿Lavar a mano platos y utensilios de cocina?	0	1	2	3
e. ¿Pasar la escoba, el trapeador o la aspiradora?	0	1	2	3
f. ¿Hacer las camas?	0	1	2	3
g. ¿Caminar varias cuadras?	0	1	2	3
h. ¿Visitar amigos o familiares?	0	1	2	3
i. ¿Subir escaleras?	0	1	2	3
j. ¿Utilizar transporte público?	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0    1    2    3    4    5    6    7

3. ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la Fibromialgia?

0    1    2    3    4    5    6    7

*Indique con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana: según el aspecto descrito en cada pregunta. 0 corresponde a la menor calificación y 10 a la máxima.*

4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico ¿Hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la Fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

### ANEXO 3.

#### **Cuestionario Post-Focalización**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Sesión \_\_\_\_\_

*Este cuestionario tiene como objetivo evaluar las instrucciones que se le han otorgado y ayudarle a usted a estar atenta de lo que estado trabajando con la técnica.*

#### **Parte I.**

*Por favor conteste las siguientes preguntas con una frase como mínimo. Describa la naturaleza de su experiencia con la Focalización, no es necesario que detalle temáticas específicas de lo acontecido en la sesión. Solo mencione detalles en la medida que considere necesario para lograr expresar su experiencia en el proceso de Focalización.*

*Recuerde usar por lo menos una frase completa en su descripción.*

1. Sin decir específicamente sobre lo que ha focalizado, describa en dos o tres frases que le estaba sucediendo mientras realizaba la Focalización.

2. Describa que sucedió después de que le indique que viera si existía algo nuevo que hubiese surgido de la Focalización.

3. ¿Su sensación principal cambió o se movió? Describa cómo fue esto.

3.1. Si considera que su sensación principal no cambió, ¿diría usted que alguna sensación cambió o se hizo diferente? Describa cómo fue esto.

4. Describa que sucedió después de que le prestó atención a una sensación y/o sentimiento, y le pedí que pensará en una imagen de esa sensación.

5. Describa que sucedió cuando le dije que siguiera prestando atención a esa sensación y dejara que palabras e imágenes surgieran de ella.

6. ¿Cómo considera es esto diferente a lo que normalmente hace, en cuanto a los pensamientos y sentimientos que ha tenido sobre su cuerpo?

7. ¿Qué fue lo que más le sorprendió al realizar la Focalización?

8. ¿Qué fue lo que le pareció mejor al realizar la Focalización?

## Parte II.

*A continuación se muestran varias frases. Debe indicar del 1 al 4, cuan de acuerdo está usted con esa frase en su vida. Indique tomando en cuenta que un **1** es estar **Muy en DESACUERDO** y un **4** es estar **MUY de ACUERDO***

	1	2	3	4
1. Todo es exactamente cómo era antes de esta sesión de focalización.				
2. Las palabras o imágenes tenían elementos conocidos o familiares pero estaban organizados de una forma nueva.				
3 He visto estas palabras o imágenes bajo la misma luz anteriormente.				
4. Las palabras que he usado para describir la sensación o el sentimiento son las mismas que antes, pero ahora significan algo diferente.				

	1	2	3	4
5. He empezado a ver cómo ahora puedo hacer las cosas diferentes.				
6. He visto algo que no había pensado antes.				
7. Tengo la sensación de haber estado transformando algo.				
8. Las palabras e imágenes parecieron proceder de la sensación				
9. Las sensaciones o sentimientos parecieron tener sentido y ajustarse unas con otras.				
10. La Focalización pone las cosas en una perspectiva nueva.				
11. Me pareció que iba profundizando en el proceso y me sentías cada vez más implicada en el proceso.				
12. Tuve la sensación de que "ya había pensado antes todo esto y me sonaba a viejo".				
13. Fui capaz momentáneamente de ver más claramente la interrelación entre las cosas y problemas, y las sensaciones o sentimientos que estos provocan.				

## ANEXO 4

### Escala experiencial (*Aleman, 1997*)

A continuación describimos cada uno de los 7 niveles de esta escala y los criterios incluidos en cada categoría. Al final se añade una tabla resumida de estos mismos criterios.

#### 1. FORMA EXPLICATIVA DE LA ESCALA EXPERIENCIAL

##### *Nivel I*

La principal característica en este estado es que el contenido o la forma de expresión resultan impersonales. En algunos casos, el contenido es intrínsecamente impersonal, siendo muy abstracto, general, superficial o un informe de acontecimientos o ideas sin referencia personal establecida. En otros casos, aparte de la naturaleza personal del contenido, la implicación del que habla resulta impersonal, de forma que no revela nada importante acerca de sí mismo y sus puntualizaciones podría ser muy bien acerca de un extraño o un objeto.

**El contenido no es sobre el comunicante.** El sujeto cuenta un relato, describe a otra gente o acontecimientos en los cuales él no está involucrado, o presenta un informe generalizado o sin implicación de ideas. Nada hace que el contenido sea personal.

**El contenido es tal que el que habla se identifica con ello de alguna manera, pero la asociación no queda clara.** El comunicante refiere algo que le ocurre a él mismo, pero sus descripciones no establecen su implicación. Los pronombres en primera persona sólo definen al que habla como un objeto, un espectador o un participante incidental. La atención se focaliza exclusivamente en eventos externos. Por ejemplo, "caminando por la calle vi que ocurrió aquello "; "estoy leyendo un libro que decía "; "le puse la tapa a la caja"; "él me pisó el pie." El que habla no asume sus actitudes, sentimientos o reacciones. Se trata a sí mismo como un objeto o instrumento de forma tan remota que el relato podría ser acerca de otro cualquiera. Su forma de expresión es remota, objetiva, distanciada, como una charla social superficial o que tuviese un tono mecánico o repetitivo.

**El contenido es una lacónica a inexplicada negación a participar** en una interacción, o un rechazo o minimización de la interacción. Respuestas mínimas sin comentarios espontáneos.

##### *Nivel II*

La asociación entre el que habla y el contenido es explícita. El comunicante es ya la figura central de la narración o su interés resulta claro. La implicación del que habla, sin embargo, no va más allá de la situación específica o el contenido. Todos los comentarios, asociaciones, reacciones y puntualizaciones sirven al relato o idea para hacerse entender, pero no refieren o definen los sentimientos del comunicante.

**El contenido es una narración de eventos en los cuales el comunicante está personalmente implicado.** Sus puntualizaciones y asociaciones se refieren a facetas externas de la narrativa, otra gente, los eventos, objetos, las acciones del que habla; no proporcionan sus reacciones interiores o perspectiva. Si la narrativa incluye los pensamientos del comunicante, opiniones, deseos o actitudes, éstas sólo describen al mismo intelectual o superficialmente. Algunos refieren a las ideas y pensamientos como si fueran sentimientos. Ejemplo: "Siento que soy un buen granjero"; "siento que la gente debería ser



más considerada". Si términos como "opino" o "deseo" pueden sustituirse por "siento" sin cambiar el sentido, la puntualización hecha está a nivel II.

**Los eventos narrados son impersonales, pero el que habla especifica explícitamente que el contenido es importante para él.** Por ejemplo, expresa interés en, o evalúa, un evento, pero no muestra la forma o la cantidad de su interés, o lo que le concierne.

**El contenido es auto-descripción superficial, abstracta, generalizada o intelectualizada.** No se hace referencia a sentimientos del comunicante o su perspectiva interna. El discurso presenta ideas, actitudes, opiniones, juicios morales, deseos, preferencias, aspiraciones o capacidades que describe el comunicante desde perspectiva externa o periférica. Uno le percibe como ajeno.

**El contenido revela los sentimientos y reacciones del que habla implícitamente, pero no explícitamente.** Si el comunicante está afectado emocionalmente, resulta evidente por su forma de actuar, no por sus palabras. Si el contenido es del tipo que ordinariamente pudiera ser de significancia personal, el comunicante no lo dice, Si el comunicante comunica sus sentimientos, les da un trato abstracto, impersonal, como objetos, o se los atribuye a otros. Pronombres en tercera persona, especialmente "uno siente", son indicativos de despersonalización.

**El contenido es una retahíla de sueño, fantasía, alucinación o asociación libre.** Este puede ser tratado como eventos narrados o externos. Están en la etapa II si lo subrayado por el que habla lo asocia a si mismo con lo contado, pero no le imprime sus reacciones de sentimientos.

### *Nivel III*

El contenido es una narración o descripción del comunicante en términos externos o conductuales, con comentarios añadidos de sus sentimientos o experiencias privadas. Estas puntualizaciones son limitadas a los eventos o situaciones descritas, dando a la narración un toque personal sin descripción del comunicante más ampliamente. Son también del nivel III las autodescripciones que se circunscriben a situaciones específicas o roles.

**El contenido es una narración de eventos o descripción de un aspecto del medio ambiente del comunicante (pasado, presente o futuro), con puntualizaciones personales entre paréntesis, dado de las formas siguientes:**

- 1) El sentimiento del comunicante se da al mismo tiempo que el acontecimiento o retrasado respecto de él. Por ejemplo, "él no me hizo volver y me enfadé", o "él no me hizo volver; pensando en ello ahora, me enfado".
- 2) Se da el significado personal o implicaciones en la situación relacionándola con la experiencia privada del comunicante. Por ejemplo, "esto me resuena a ser regañado como un chaval"; "era uno de esos extraños estados de ánimo que me vienen cuando estoy cansado".
- 3) El estado de darse cuenta del comunicante ocurre al mismo tiempo que al darse el evento. Tales expresiones incluyen detalles de motivos, concienciones, percepciones privadas o asunciones que quedan limitadas al evento. Por ejemplo, "sabía entonces que estaba reaccionando demasiado enérgicamente"; "era consciente de que buscaba defenderme"; "lo hice aún sabiendo que quedaba como un tonto". Materiales de sueños, alucinaciones, fantasías y asociaciones libres pueden tratarse como narraciones; están en el nivel III si se mencionan los sentimientos.

**El contenido es una auto-descripción de aspectos circunscritos al estilo de vida del comunicante, o su rol o sus sentimientos y reacciones presentadas sólo en términos conductuales.** El comunicante puede, por ejemplo, describir cómo funciona él como padre o en su trabajo, o decir cómo se comporta cuando está enfadado. Las puntualizaciones

personales enriquecen la descripción de la situación o reacción a ello, pero están limitadas al contexto inmediato. **En respuesta a cuestiones directas, el comunicante dice cómo son o fueron sus sentimientos.** Las palabras del entrevistador no son necesarias para identificar el sentimiento.

#### *Nivel IV*

El contenido es una presentación clara de los sentimientos del comunicante, dando una perspectiva personal, interna, de sentimientos acerca de sí mismo. Los sentimientos o la experiencia de eventos, más que los eventos mismos, son el objeto del discurso. Atendiendo a ello, y presentando esta experienciación, el que habla comunica lo que le parece que es él. Estas visiones interiores son presentadas, enumeradas o descritas, pero no están interrelacionadas o usadas como base para un auto-examen sistemático o formulación. **El contenido inicial es una situación específica que resulta ampliada y profundizada por las auto-referencias del comunicante para mostrar lo que él es de forma más general o más personal.** El comunicante debe describir sus sentimientos con gran detalle, referir a sentimientos mientras estos ocurren en un rango de situaciones, proveer reacciones personales a sentimientos específicos o reacciones relacionadas con su propia auto-imagen. Los sentimientos pueden ser respuestas inmediatas o respuestas recordadas de situaciones pasadas. El comentario auto-descriptivo debe versar sobre aspectos internos y personales del que habla, no con evaluaciones morales o características externas o conductuales.

**El contenido es un relato dicho desde un punto de vista completamente personal.** Los detalles de sentimientos, reacciones y asunciones son integrados en la narrativa, de forma que lo que emerge es un cuadro detallado de la experiencia personal del comunicante sobre los eventos.

**El contenido es una auto-caracterización en la cual el que habla dice su perspectiva personal.** Hablando de sí mismo hace explícitos sentimientos, personalidad, asunciones, motivos, fines y percepciones privadas. Revelando estas partes internas de sí, el comunicante da una pintura detallada de uno o más estados de su ser. El material presentado no es analizado o interrelacionado. El uso de términos abstractos o jergas para describir elementos de personalidad debe ser ampliado con detalle interno para homologarse a nivel IV. Por ejemplo, la frase "mi ego estaba dividido" necesita elaboración, tal como "sentía como si no fuese nada, que nadie tendría que darse cuenta de mí."

#### *Nivel V*

El contenido es una exploración con propósito de los sentimientos y la experienciación del comunicante. Se dan dos componentes necesariamente. Primero, el comunicante debe plantear o definir un problema o una proposición acerca de sí mismo explícitamente en términos de sentimientos. El problema o proposición puede recoger el origen, secuencia o implicaciones de sentimientos, o sentimientos relacionados con otros procesos privados. Segundo, el comunicante debe explorar o trabajar con un problema de una forma personal. La exploración o elaboración debe estar claramente relacionada con la proposición inicial, y debe contener referencias internas de forma que funcione expandiendo el darse cuenta del comunicante sobre la experienciación. Ambos componentes, problema y elaboración, deben estar presentes.

La proposición o problema debe estar dada clara o contundentemente, y puede incluir referencias a sentimientos o experiencia personal sobre la temática. Si las bases internas del

problema son débiles, como referencias a conductas indeseadas o estilos indeseados, proposiciones sobre los precipitantes externos de la conducta o sentimientos, o presentación de secuencias temporales de sentimientos, entonces la exploración o elaboración debe hacerse extensiva a referencias internas. Debe quedar claro que el comunicante está focalizando en su experiencia interna más que simplemente justificando su conducta.

**El problema o hipótesis acerca de si debe estar orientado a sentimientos, reacciones privadas o asunciones básicas de la auto-imagen.** Puede presentarse de distintas formas:

- 1) Un sentimiento, reacción o proceso interno, y en algunos casos un patrón de conducta, puede ser definido como problemático en sí; por ejemplo, "mi tristeza es el problema" o "¿por qué estoy tan enfadado?".
- 2) El comunicante puede buscar si tiene, o en qué sentido tiene, un sentimiento específico; no "¿qué siento?", lo cual podría ser tres o cuatro cosas, sino "¿realmente me siento enfadado?", o "¿cómo estoy de enfadado, realmente?"
- 3) El problema o proposición puede ser definido en términos de implicaciones personales, tipos de relación y ramificaciones internas de un sentimiento, incluyendo sus orígenes o causas, su lugar en una secuencia temporal de sentimientos y eventos internos, su forma de expresión o sus implicaciones personales y privadas. Por ejemplo: "¿me enfado cuando me siento inepto?" o "el enfadarme significa que he perdido el control de mí", o "me enfado como solía hacerlo mi madre".
- 4) Sentimientos, reacciones y procesos internos pueden compararse.

**Todos los problemas o frases acerca de sí deben ser explorados o elaborados con referencias internas.** Ejemplos o ilustraciones pueden mostrar cómo el comunicante experiencia el problema o proposición en etapas diferentes o en veces distintas; si se da, la pertenencia de la ilustración al problema puede ser explícita. El problema o proposición debe estar relacionado con otros procesos internos o reacciones. Como alternativa, a través de hipótesis, especulación o analogía, el comunicante clarifica la naturaleza o implicación privada del problema central, su causa o ramificaciones. En esta etapa V, el comunicante está explorando o probando una hipótesis acerca de su experienciación. Mientras que defina el objeto de ese proceso claramente con referencias internas, su forma puede ser condicional, tentativa, vacilante o indagante.

### *Nivel VI*

El contenido es una síntesis de sentimientos y experiencias bastante accesibles, reconocidas de forma nueva o realizadas más plenamente, en orden a producir estructuras significativas personalmente o para resolver temas. Los sentimientos más inmediatos del comunicante son integrados con sus conclusiones sobre sus tareas internas. Comunica una auto-experienciación nueva o enriquecida, y el impacto experiencial de los cambios en sus actitudes o sentimientos acerca de sí mismo. El objeto del asunto concierne al experimentar presente y emergente del comunicante. Su asunto puede reflejar cambios o intuiciones en el momento en que ocurren. Estas son elaboradas verbalmente con detalle. Aparte del contenido específico, el comunicante expresa un sentido de involucración inmediata en un tema fondeado experiencialmente, con evidencia de su resolución o aceptación.

**Los sentimientos involucrados deben ser presentados vívidos, plena o concretamente.** Los sentimientos anteriores o los cambios sucedidos en sentimientos anteriores son presentados vívidamente o revividos como parte de la experiencial actual del comunicante.

**El proceso de estructuración relaciona estos eventos sentidos actualmente con otros aspectos de la perspectiva privada del comunicante.** Así, un sentimiento puede estar relacionado con la auto-imagen del comunicante, sus percepciones privadas, motivos, asunciones, relacionadas con otro sentimiento, o con facetas más externas de la vida del comunicante, como su conducta. En cada caso, la naturaleza del tipo de relación debe ser definida de forma que los detalles de cómo el comunicante trabaja dentro de sí y el impacto de los cambios internos, queden revelados. Esto no consiste meramente en la existencia de un tipo de relación, ni en un listado secuencial de sentimientos y de experiencias internas, sino que la naturaleza y la cualidad de esa asociación se hace clara.

**El proceso sintético y estructurado lleva a una experiencia interior significativa personal y nueva, o resuelve un asunto.** Como resultado de trabajar con sus sentimientos y otros aspectos de su perspectiva privada y explorando su relación con los demás, el comunicante tiene experiencias internas nuevas. Estas pueden ser de nuevos sentimientos o sentimientos cambiados, como cuando el comunicante dice: "Ahora estoy comenzando a ver que mi sentimiento de culpa está causado por mis ideas acerca del trabajo y me hace estar mucho menos angustiado al sentir esa culpa. ¡Qué descanso!". O también, un tema puede resolverse: "¿Sabes?, siempre he guardado mis enfados en un bote porque he sentido miedo de perder el control de mí mismo. Ahora me doy cuenta de que no sería tan malo si lo hago. Parece como si hubiera gritado o expulsado algo, eso es todo". Si el comunicante comienza con un problema externo concreto, los sentimientos relativos a ello deben ser presentados como parte de su experiencia presente y la formulación emergente debe cambiar su percepción del problema de alguna manera. Por ejemplo, "nunca intenté invitar a una chica porque soy bajo. Todavía me asusta que una chica me llame "renacuajo" o algo así, pero estoy dispuesto a correr el riesgo ahora. Lo voy a hacer porque me he dado cuenta de que, aunque me lo diga, no me romperé. No me gustará mucho si lo hace, pero me sentiré mejor conmigo mismo si al menos lo intento." Algunos elementos de la estructura emergente pueden ser externos, conductuales o intelectuales, como la decisión de actuar de otra manera. Sin embargo deben ser claramente solidarios con sentimientos inmediatos. Nunca resulta suficiente el constatar que una resolución ha tenido lugar; las experiencias que recubren el proceso estructurante deben ser reveladas o revividas para satisfacer el criterio del nivel VI.

### ***Nivel VII***

El contenido revela la expansión del darse cuenta del comunicante respecto a sus presentes a inmediatos sentimientos y sus procesos internos. El demuestra claramente que puede moverse de una referencia interna a otra alternando y modificando sus concepciones de sí mismo, sus sentimientos, sus reacciones privadas a sus pensamientos o acciones en términos de sus matices inmediatamente sentidos, como si ocurrieran en el momento experiencial presente, de forma que cada nuevo nivel de auto-darse cuenta funcione como un trampolín para futuras exploraciones.

**Las formulaciones acerca de sí en el nivel VII completan los requisitos del nivel VI con la condición adicional de que se aplica a un rango expandido de eventos internos, o afloran a nuevas intuiciones.** El desarrollo puede seguir uno de los siguientes modelos:

- 1) El comunicante puede comenzar con un problema anclado internamente, explorarlo y llegar a una conclusión fondeada en el interior que él aplica entonces a un cierto número de otros problemas.

- 2) Puede llegar a soluciones relacionadas con un problema único y reintegrarlas. Cualquier auto-análisis se completa con una síntesis más comprensiva o extensiva.
- 3) El comunicante puede usar formulaciones diferentes sobre sí mismo, cada una de las cuales contiene los requerimientos del estadio VI, integra, relaciona o reduce esto a través de formulación general más básica.
- 4) Puede comenzar con una conclusión del tipo avanzado del estadio VI y aplicarla a un rango diferente de situaciones, cada una con referentes internos explícitos, para mostrar cómo el principio general se aplica a un área extensa de su experiencia.

La experienciación en el estadio VII es expansiva, sin pliegues. El comunicante usa ágilmente una forma fresca de conocerse a sí mismo para expandir su experienciación más allá. La forma de estar en este nivel es eufórica, boyante o confidencial; el que habla comunica un sentir de las cosas que desemboca rápida y significativamente en algo.

## **2. FORMA ABREVIADA DE LA ESCALA EXPERIENCIAL**

Nivel	Contenido	Forma
1	No se usa referencia alguna. Narración de eventos de forma pública y desde afuera. Negativa de implicación personal.	Inexistencia de una implicación personal.
2	Los referentes personales se utilizan para clarificar claramente que se trata de su historia.	Implicación personal en la narración.
3	La utilización y expresión de emociones se realiza tangencialmente, a modo de paréntesis en la narración. Aun así, los sentimientos personales todavía están: (a) completamente atados a las situaciones en las que aparecen. (b) Sin elaborar en términos de significado personal más profundo o significación.	Implicación personal más allá del contenido específico, pero sin conseguir significados más profundos.
4	Se da de distintas formas: Expresión fluida de muchos sentimientos; expresión de un solo sentimiento, en el que el cliente se toma su tiempo para elaborarlo en términos de significado de autoimagen; expresión o comunicación de que el sentimiento existe, pero se necesita ayuda para expresarlo mejor.	La persona comunica lo que es ella misma.
5	Exploración de: (a) una sola situación relevante a la autoimagen, que a su vez implica muchos sentimientos y consecuentes relaciones, o también la descripción de un área de sentimientos con el significado personal consecuente; (b) examen y exploración de varias situaciones y sus puntos en común.	Definición del problema en términos de sentimientos a intento de exploración de los mismos.
6	Los sentimientos se integran. Existencia de asociaciones entre sentimientos y los significados personales.	El cliente es capaz de llegar a conclusiones surgidas a raíz de intuiciones producidas por el hallazgo de significados en los sentimientos.
7	El cliente ya no necesita la narración como punto de partida. Ya es capaz de moverse libremente a través de sus sentimientos. Ya no existe dificultad alguna en relacionar lo que él dice con los significados que sus acciones y pensamientos tienen para él. Se mueve fácilmente a través de sus referencias interiores y es capaz de integrarlas dentro de su marco de referencia existencial.	Desde un marco existencial de referencia, se produce una libertad interior de movimiento en cuanto a los sentimientos y sus significados.

## ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO PILOTO

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN**

**COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO**  
Teléfonos (506) 2207-5006    Telefax: (506) 2224-9367

Universidad de Costa Rica Facultad de Ciencias Sociales Escuela de Psicología
---

## FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### “Alcances de la técnica de Focalización (Focusing) en mujeres con Síndrome de Fibromialgia”

Nombre de las investigadoras: Paola Argueta Jara y Carolina Londoño Arana

Nombre de la participante: \_\_\_\_\_

#### A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:

El presente proyecto de tesis es realizado por Paola Argueta Jara y Carolina Londoño Arana, para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica. Dicho proyecto es dirigido por la Licda. Ginette Sánchez Gutiérrez, directora de la Revista electrónica de estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Las lectoras, miembros del equipo asesor, son la Dra. María Celina Chavarría Obando y la MSc Dora Gamboa Obando. El estudio se llevará a cabo en poco tiempo y consiste en una investigación mixta, mediante la cual se busca, determinar los alcances y/o limitaciones de la técnica de Focalización (Focusing) en mujeres con Síndrome de Fibromialgia.

La técnica de Focalización (Focusing) es una herramienta que permite que las personas presten atención a las sensaciones corporales y descubran el(los) mensaje(s) que yace(n) en el cuerpo. Al prestarles atención se conectan las sensaciones, emociones y pensamientos con significados que provienen de la experiencia individual, usualmente relacionados con inquietudes ante una situación, decisión, relación o problema en particular. Primero se describen las sensaciones; una de las investigadoras le acompañará en el proceso y le hará preguntas que le ayuden a describir dicha sensación. Usted comparte la información que desee comunicar, puede guardarse ideas, recuerdos o pensamientos para su persona, si así lo desea. Una vez que se ha encontrado una imagen, textura, olor o sabor que describa la sensación, se le pregunta a esa parte del cuerpo por alguna situación real o imaginada que se parezca o que venga a la mente con esa descripción. Ahí es cuando se descubre la relación con la vida cotidiana o la experiencia y se genera una solución ante esta sensación.

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** si acepto participar en este estudio, colaboraré con lo siguiente:

- ◆ Se me explicará en qué consiste la técnica de Focalización y se me aclaran las dudas e inquietudes.
- ◆ Llenaré cuestionarios sobre mi pensar y sentir con respecto a la técnica y el síndrome al empezar, durante y al terminar el proceso.
- ◆ Participaré en 3 sesiones de aproximadamente media hora en las que trabajaré con una de las investigadoras con la técnica de Focalización.
- ◆ Se me hará una entrevista semi-estructurada, al empezar y terminar el proceso, para ahondar más con respecto a mi vivencia con el síndrome y la técnica que fue introducida, las cuales serán grabadas en audio.
- ◆ Tengo claro que mi participación contribuye a la evaluación y retroalimentación de la técnica con el fin de aportar para posteriores partes del estudio y no podré participar posteriormente en él.

**C. RIESGOS:**

1. La participación en este estudio significa posible riesgo o molestia por lo siguiente: riesgo a molestias e inconvenientes al llevar a cabo la técnica, responder alguna de las preguntas de la entrevista o test psicológicos, y riesgo mínimo a la pérdida de privacidad, al compartir esta experiencia con las investigadoras, por lo que se me respetará el derecho a no participar o interrumpir mi participación cuando así lo desee.

**D. BENEFICIOS:** como resultado de la participación en este estudio, no se asegura la obtención de ningún beneficio directo. Además, por medio de la información que otorgue su participación, las investigadoras aprenderán y podrán detallar más acerca del Síndrome de Fibromialgia y la aplicación de los instrumentos. Este conocimiento pueda resultar beneficioso para otras personas, con o sin este síndrome, en el futuro.

**E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Paola Argueta Jara o con Carolina Londoño Arana, investigadoras de este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Paola Argueta Jara al teléfono 89975189 o a Carolina Londoño al teléfono 88196481 en el horario de 8 am a 7 pm. Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

**F.** Recibiré copia de esta fórmula firmada para uso personal.

**G.** Mi participación en este estudio es voluntaria. Tengo derecho de negarme a participar o a discontinuar la participación en cualquier momento, sin que esta decisión me afecte en ningún sentido.

**H.** Mi participación en este estudio es confidencial y anónima; no obstante, doy mi autorización para que los datos obtenidos durante la investigación puedan aparecer en una publicación o ser divulgados en una reunión científica, pero de manera anónima. Es decir, no se incluirán datos personales acerca de las participantes, ni se mostrarán grabaciones de audio o video, haciéndose alusión únicamente a los procesos y no habrá información que identifique a las personas involucradas.

**I.** La información obtenida será manipulada, conservada y almacenada únicamente por las investigadoras, mediante grabaciones de audio, video y registros escritos. Una vez concluida la investigación, se destruirá el material que contiene la información.

**J.** No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos)  
fecha

---

Nombre, cédula y firma del testigo  
fecha

---

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 53 REALIZADA EL 03 DE SETIEMBRE DEL 2003



## ANEXO 6. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA I: PRE-FOCALIZACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Entrevistadora: \_\_\_\_\_

*¡Hola! Mi nombre es \_\_\_\_\_ soy psicóloga y realizo un trabajo sobre la experiencia de las mujeres que viven con el síndrome de fibromialgia. Usted muy amablemente ha decidido participar en el estudio que consta de varias partes, en estos momentos comenzaremos con una entrevista. El fin es conocerle un poco mejor, saber cómo se siente, cómo es actualmente su rutina diaria y si el tener fibromialgia le ha cambiado o afectado su vida.*

### **Dibujo**

*Primero le voy a pedir que haga un dibujo suyo. Aquí tiene una hoja, lápices de color y borrador. Por favor sea específica en los detalles de su cuerpo. Una vez dibujado, puede escribir algunas palabras o frases cerca de las áreas indicadas. Una vez que haya terminado por favor avíseme, después hablaremos un poco y luego regresaremos a que usted me comente sobre el dibujo.*

*Sugerencias:*

- Cabeza
- Corazón
- Boca
- Brazos y piernas

*También puede escribir en cualquier otra parte del cuerpo dibujada: las sensaciones, emociones o pensamientos que desee. Si no logra encontrar un espacio relacionado con la sensación, emoción y/o pensamiento puede escribirla donde desee.*

### **Parte I.**

*Primero le voy a solicitar que me de ciertos datos generales de su persona:*

1. Edad actual:
2. Estado Civil:
3. Nacionalidad:
4. Lugar de Residencia (distrito, cantón, provincia)
5. Profesión:
6. Ocupación u oficio actual:
7. Personas con las que vive:

### **Parte II.**

*En unos momentos volveremos al dibujo que usted acaba de hacer. Cuénteme por favor sobre su persona, sus intereses, preocupaciones y vida cotidiana.*

*Relátame un día “típico” para usted. Si desea puede contarme sobre un día entre semana y otro en fin de semana, si siente que son muy diferentes.*

1. ¿Cómo suele empezar su día?
2. ¿Qué actividades realiza?
3. ¿Con quién suele interactuar?
4. ¿En qué gasta más su tiempo en su día?
5. ¿Qué es lo que más le gusta de su día?
6. ¿Qué es lo que menos le gusta de su día?
7. ¿Qué le gustaría que tuviese su día, que actualmente no tiene?
8. ¿Cómo suele terminar su día?

*Me gustaría que me comentara un poco más sobre usted...*

9. ¿Cómo se describiría usted a sí misma?
10. ¿Cómo cree usted que le describiría actualmente una persona cercana?
11. ¿Cuáles fortalezas siente tener?
12. ¿Qué cosas le gustaría mejorar?

### **Parte III.**

*Ahora bien, si le parece, podemos conversar sobre su experiencia con el Síndrome de Fibromialgia, desde que fue diagnosticado hasta el día de hoy.*

1. ¿Quién le diagnosticó el Síndrome?
2. ¿En qué fecha se lo diagnosticaron (año)?
3. ¿Qué sentía usted cuando se lo diagnosticaron?
4. ¿Hace cuánto se sentía así? ¿Se sentía así mucho antes de que se lo diagnosticaran?
5. ¿Cómo se sintió y que pensó en el momento en que le diagnosticaron el SFM?
6. ¿Hay algo más que me quiera contar sobre el momento en que le diagnosticaron el SFM?

### **Parte IV.**

*Me gustaría saber su experiencia actual con el SFM.*

1. Cuénteme, en sus propias palabras, ¿cómo experimenta usted el síndrome de fibromialgia, hoy en día?
  - ¿Qué es lo que siente actualmente?
  - ¿Cuáles son los “síntomas” más fuertes actualmente?
  - ¿Cómo describiría el impacto del síndrome en su vida actualmente?
    - ¿En qué actividades le afecta más el SFM actualmente?
    - ¿Cómo le afecta?:
      - ¿En sus relaciones interpersonales actualmente (familiares, amistades, pareja)?
      - ¿En su vida laboral y/o académica?
      - ¿En su tiempo de ocio?
      - ¿En su relación consigo misma?
      - ¿En su independencia?
      - ¿En sus emociones?
      - ¿En sus aspiraciones a futuro?

2. ¿Hay algo más que me quiera contar sobre su vivencia actual con el SFM?

### **Parte V.**

*Me gustaría conocer sobre los tratamientos y recursos de afrontamiento que ha utilizado usted para sentirse mejor.*

1. Cuénteme, ¿cuáles han sido los tratamientos que usted ha recibido o implementado para el síndrome? Y ¿por cuánto tiempo los utilizó?
2. ¿Cuál(es) utiliza actualmente? ¿Hace cuánto lo(s) utiliza?
3. ¿Cuáles han sido los resultados que ha visto con cada tratamiento?
4. Aparte de los tratamientos, ¿Cómo afronta usted su día a día con el síndrome? ¿Hace uso de otros elementos / actividades en su vida para sentirse mejor? (actualmente).
5. ¿Qué aspectos busca modificar o mejorar al utilizar estos tratamientos y/o recursos?

6. ¿Existe algún recurso que no haya utilizado pero tiene interés en implementar? Si es así, ¿cuál? ¿Cuáles son sus expectativas con este recurso?
7. ¿Hay algo más que me quiera contar los tratamientos de SFM que ha utilizado? ¿O sobre lo que ha hecho para sentirse mejor?

#### **Parte VI.**

*Ahora le voy a pedir que me muestre su dibujo y lo describa. Después, me explique las palabras o frases que usted escribió en la hoja.*

1. Según este dibujo, ¿Cómo describe usted su cuerpo?
2. ¿Qué es lo que más le agrada de su cuerpo?
3. ¿Qué es lo que menos le agrada de su cuerpo?
4. Por favor explíqueme las palabras o frases que usted escribió. ¿Por qué las coloco ahí? ¿Cómo se sienta cuando me explica esto?
5. ¿Qué piensa usted al ver el dibujo y las frases y/o palabras que ha escrito?
6. ¿Qué sentimientos le genera este dibujo y las frases y/o palabras?
7. Si pudiera cambiar alguna frase o palabra ¿cuál sería? ¿Qué le gustaría poder escribir en un futuro en lugar de esas frases o palabras?
8. ¿Cree que su cuerpo es una parte muy importante de usted como persona? ¿Por qué?
9. ¿Hay algo más que me quiera contar sobre su cuerpo?
10. ¿Cómo cree que sería el dibujo si no tuviera SFM?
11. ¿Qué le gustaría poder cambiar de ese dibujo?

*A partir de este dibujo de su cuerpo...*

12. Dígame tres palabras que describen hoy en día a su cuerpo
13. Dígame tres sentimientos que usted tiene actualmente sobre su cuerpo
14. Cuénteme tres pensamientos que usted tiene actualmente sobre su cuerpo
15. Cuénteme tres sensaciones que usted más siente en su cuerpo
16. ¿Qué es lo que más le agrada de su cuerpo?
17. ¿Qué es lo que menos le agrada de su cuerpo?
18. ¿Considera usted que su cuerpo es atractivo?
19. ¿Cree que su cuerpo es una parte muy importante de usted como persona? ¿Por qué?
20. ¿Hay algo más que me quiera contar sobre su cuerpo?

*Estas son las preguntas que tengo por el momento. Le agradezco nuevamente su apertura a compartir su experiencia conmigo.*

## ANEXO 7. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA II: POST-FOCALIZACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Entrevistadora: \_\_\_\_\_

*¡Hola! Esta es la última fase del proceso que hemos tenido en estas semanas. Esta entrevista tiene como objetivo conocer su percepción y experiencia con la Focalización, en las últimas semanas. También me interesa que me cuente sobre su vivencia actual con el Síndrome de Fibromialgia, su experiencia cotidiana, después de experimentar la técnica.*

### **Dibujo**

*Primero le voy a pedir que haga un dibujo suyo. Aquí tiene una hoja, lápices de color y borrador. Por favor sea específica en los detalles de su cuerpo. Una vez dibujado, puede escribir algunas palabras o frases cerca de las áreas indicadas. Una vez que haya terminado por favor avíseme, después hablaremos un poco y luego regresaremos a que usted me comente sobre el dibujo.*

*Sugerencias:*

- Cabeza
- Corazón
- Boca
- Brazos y piernas

*También puede escribir en cualquier otra parte del cuerpo dibujada: las sensaciones, emociones o pensamientos que desee. Si no logra encontrar un espacio relacionado con la sensación, emoción y/o pensamiento puede escribirla donde desee.*

### **Parte I.**

*En unos momentos volveremos al dibujo que usted acaba de hacer. Cuénteme por favor sobre su persona, sus intereses, preocupaciones y vida cotidiana.*

Relátame un día “típico” para usted. Si desea puede contarme sobre un día entre semana y otro en fin de semana, si siente que son muy diferentes.

1. ¿Cómo suele empezar su día?
2. ¿Qué actividades realiza?
3. ¿Con quién suele interactuar?
4. ¿En qué gasta más su tiempo en su día?
5. ¿Qué es lo que más le gusta de su día?
6. ¿Qué es lo que menos le gusta de su día?
7. ¿Qué le gustaría que tuviese su día, que actualmente no tiene?
8. ¿Cómo suele terminar su día?

*Me gustaría que me comentara un poco más sobre usted...*

1. ¿Cómo se describiría usted a sí misma?
2. ¿Cómo cree usted que le describiría actualmente una persona cercana?
3. ¿Cuáles fortalezas siente tener?
4. ¿Qué cosas le gustaría mejorar?

## **Parte II.**

*Ahora bien, si le parece, podemos conversar sobre su experiencia con el Síndrome de Fibromialgia, desde que comenzamos este proceso.*

1. Cuénteme, en sus propias palabras, ¿cómo experimenta usted el síndrome de Fibromialgia, hoy en día?
  - ¿Qué es lo que siente actualmente?
  - ¿Cuáles son los “síntomas” más fuertes actualmente?
  - ¿Cómo describiría el impacto del síndrome en su vida actualmente?
    - a. ¿En qué actividades le afecta más actualmente?
    - b. ¿Cómo le afecta:
      - i. ¿En sus relaciones interpersonales actualmente (familiares, amistades, pareja)?
      - ii. ¿En su vida laboral y/o académica?
      - iii. ¿En su tiempo de ocio?
      - iv. ¿En su relación consigo misma?
      - v. ¿En su independencia?
      - vi. ¿En sus emociones?
      - vii. ¿En sus aspiraciones a futuro?
2. ¿Hay algo más que me quiera contar sobre su vivencia actual, o de las últimas semanas, con el SFM?

## **Parte III.**

1. Cuénteme, ¿cuáles tratamientos recibe o implementa para el síndrome actualmente?
2. ¿Ha incorporado algún recurso terapéutico nuevo desde que comenzó las sesiones de Focalización? Si la respuesta es afirmativa:
  - ¿Cuál(es)?
  - ¿Hace cuánto lo(s) utiliza?
  - Describa qué ha sentido desde que tuvo acceso a estos nuevos recursos (diferentes a la Focalización).
3. ¿Qué aspectos busca modificar o mejorar al utilizar estos tratamientos y/o recursos?
4. ¿Existe algún recurso que no haya utilizado pero tiene interés en implementar? Si es así, ¿cuál? ¿Cuáles son sus expectativas con este recurso?
5. Además de los tratamientos, ¿Cómo afronta usted actualmente su día a día con el síndrome? ¿Hace uso de otros elementos / actividades en su vida para sentirse mejor? (actualmente)
6. ¿Hay algo más que me quiera contar los tratamientos de SFM que ha utilizado o sobre lo que ha hecho para sentirse mejor?

## **Parte IV.**

*Ahora le voy a pedir que me muestre su dibujo y lo describa. Después, me explique las palabras o frases que usted escribió en la hoja. (En esta parte se toma en cuenta las preguntas abajo, sin embargo depende del dibujo la modalidad de las mismas. El objetivo es conocer su vivencia corporal).*

1. Según este dibujo, ¿Cómo describe usted su cuerpo?
2. ¿Qué es lo que más le agrada de su cuerpo?
3. ¿Qué es lo que menos le agrada de su cuerpo?
4. Por favor explíqueme las palabras o frases que usted escribió. ¿Por qué las coloco ahí? ¿Cómo se sienta cuando me explica esto?
5. ¿Qué piensa usted al ver el dibujo y las frases y/o palabras que ha escrito?

6. ¿Qué sentimientos le genera este dibujo y las frases y/o palabras?
7. Si pudiera cambiar alguna frase o palabra ¿cuál sería? ¿Qué le gustaría poder escribir en un futuro en lugar de esas frases o palabras?
8. ¿Cree que su cuerpo es una parte muy importante de usted como persona? ¿Por qué?
9. ¿Hay algo más que me quiera contar sobre su cuerpo?
10. ¿Cómo cree que sería el dibujo si no tuviera SFM?
11. ¿Qué le gustaría poder cambiar de ese dibujo?

*A partir de este dibujo de su cuerpo...*

1. Dígame tres palabras que describen hoy en día a su cuerpo
2. Dígame tres sentimientos que usted tiene actualmente sobre su cuerpo
3. Cuénteme tres pensamientos que usted tiene actualmente sobre su cuerpo
4. Cuénteme tres sensaciones que usted más siente en su cuerpo
5. ¿Qué es lo que más le agrada de su cuerpo?
6. ¿Qué es lo que menos le agrada de su cuerpo?
7. ¿Considera usted que su cuerpo es atractivo?
8. ¿Cree que su cuerpo es una parte muy importante de usted como persona? ¿Por qué?
9. ¿Hay algo más que me quiera contar sobre su cuerpo?

## **Parte VI.**

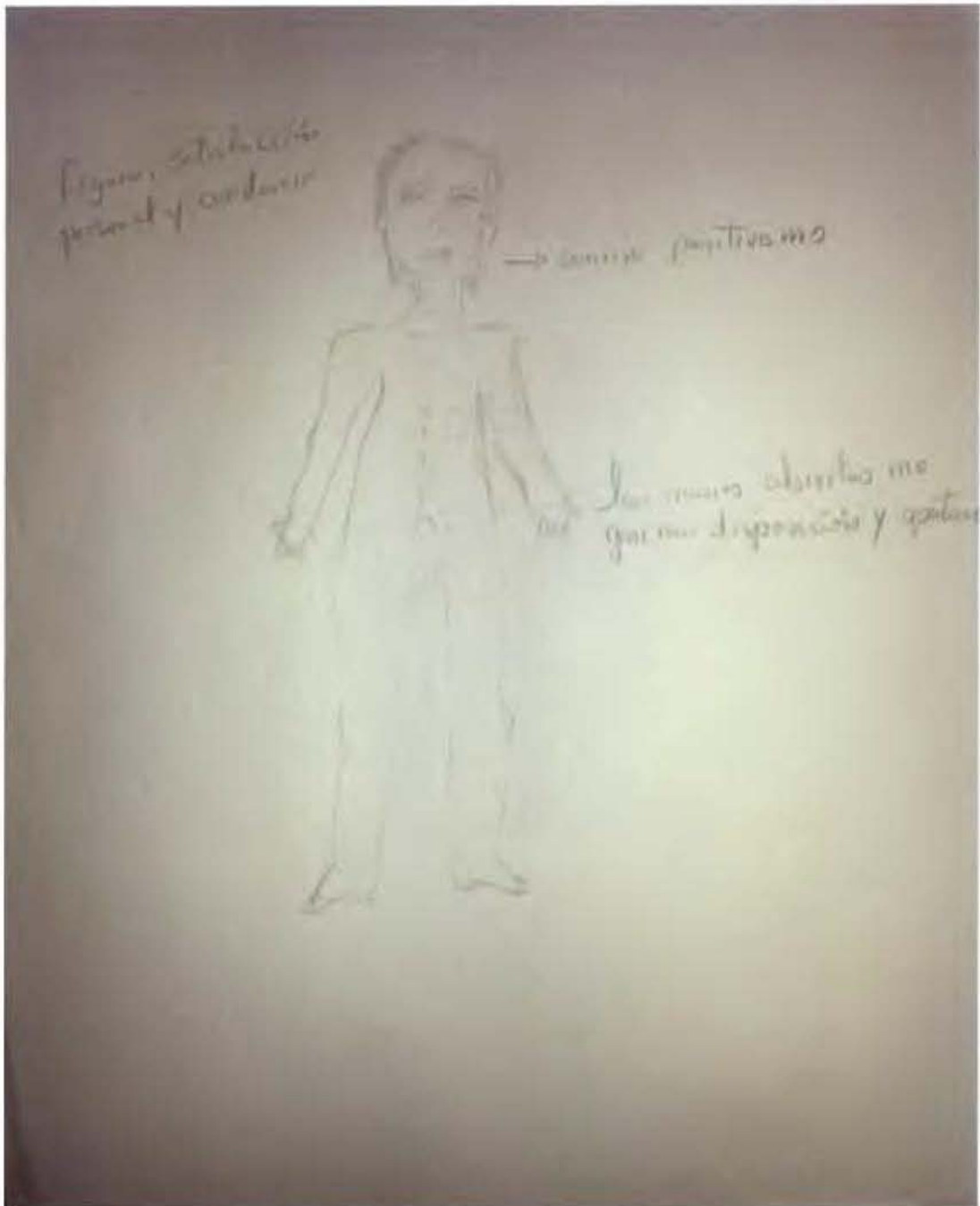
### *Técnica de Focalización*

1. ¿Cómo describiría usted la técnica de focalización?
2. ¿Qué ha experimentado / sentido con la focalización durante estas sesiones?
3. ¿Cómo está usted en general, después de estas sesiones?
4. ¿Ha mejorado algún aspecto en su vida desde que comenzó las sesiones? Si la respuesta es afirmativa describa por favor en qué aspectos y de qué forma.
  - ¿Estos cambios son esperados o le tomaron por sorpresa? ¿Por qué?
  - ¿Qué aspectos relaciona usted a éstos cambios? Es decir, ¿qué cree usted que haya propiciado que ocurrieran?
  - ¿Qué tan importantes o significativos son estos cambios para usted?
5. ¿Ha empeorado algún aspecto desde que comenzó las sesiones? Si la respuesta es afirmativa, describa por favor en qué aspectos y de qué forma.
  - ¿Estos cambios son esperados o le tomaron por sorpresa? ¿Por qué?
  - ¿Qué aspectos relaciona usted a éstos cambios? Es decir, ¿qué cree usted que haya propiciado que ocurrieran?
  - ¿Qué tan importantes o significativos son estos cambios para usted?
6. ¿Qué fue lo que le gustó de las sesiones de Focalización?
7. ¿Qué fue lo que no le gustó de las sesiones de Focalización?
8. Si pudiese cambiar algo de la ejecución de la técnica de focalización, ¿qué sería?
9. ¿Considera que le falta algo a esta técnica?
10. ¿Experimentó usted aspectos o momentos difíciles durante la ejecución de la técnica pero que considere le ayudaron?
11. ¿Qué sugerencias tiene para futuras investigaciones?
12. ¿Le gustaría en un futuro seguirla utilizando en su vida cotidiana?
13. ¿Hay algo más que le gustaría comentarme en relación a la técnica de focalización?



**ANEXO 9.**

**DIBUJO II- CASO ISABEL: POST-FOCALIZACIÓN**





**ANEXO 10.**

**DIBUJO I- CASO EUGENIA: PRE-FOCALIZACIÓN**



**ANEXO 11.**

**DIBUJO II- CASO EUGENIA: POST-FOCALIZACIÓN**



**ANEXO 12.**

**CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA I – CASO ISABEL: PRE-FOCALIZACIÓN**

**Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (CIF)**

*Instrucciones: Encierre en un círculo el número que mejor describa como se encontró durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad, por favor tache la pregunta.*

1. ¿Ha sido usted capaz de...?

a. ¿Hacer las compras?	0	1	2	<del>3</del>
b. ¿Lavar la ropa?	0	1	2	<del>3</del>
c. ¿Preparar la comida?	0	1	2	<del>3</del>
d. ¿Lavar a mano platos y utensilios de cocina?	0	1	2	<del>3</del>
e. ¿Pasar la escoba, el trapeador o la aspiradora?	0	1	<del>2</del>	3
f. ¿Hacer las camas?	0	1	2	<del>3</del>
g. ¿Caminar varias cuadras?	0	1	2	<del>3</del>
h. ¿Visitar amigos o familiares?	0	1	<del>2</del>	3
i. ¿Subir escaleras?	0	1	2	<del>3</del>
j. ¿Utilizar transporte público?	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

~~0~~ 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la Fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

*Indique con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana: según el aspecto descrito en cada pregunta. 0 corresponde a la menor calificación y 10 a la máxima*

4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico ¿Hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la Fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**ANEXO 13.**

**CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA II – CASO ISABEL: POST-FOCALIZACIÓN**

**Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (CIF)**

*Instrucciones: Rodee con un círculo el número que mejor describe como se encontró durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad, por favor tache la pregunta.*

1. ¿Ha sido usted capaz de...

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
a. Hacer las compras?	0	1	2	3
b. Lavar la ropa?	0	1	2	3
c. Preparar la comida?	0	1	2	3
d. Lavar a mano platos y utensilios de cocina?	0	1	2	3
e. Pasar la escoba, el trapeador o la aspiradora?	0	1	2	3
f. Hacer las camas?	0	1	2	3
g. Caminar varias cuadras?	0	1	2	3
h. Visitar amigos o familiares?	0	1	2	3
i. Subir escaleras?	0	1	2	3
j. Utilizar transporte público?	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0    1    2    3    4    5    6    7

3. ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la Fibromialgia?

0    1    2    3    4    5    6    7

*Indique con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana: según el aspecto descrito en cada pregunta. 0 corresponde a la menor calificación y 10 a la máxima.*

4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿Hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la Fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o aporrotada?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

9. ¿Cómo se ha notado de nervosa, tensa o angustiada?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**ANEXO 14.**

**CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA I – CASO EUGENIA: PRE-FOCALIZACIÓN**

**Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (Cif) SESION 1**

*Instrucciones: Encierre en un círculo el número que mejor describa como se encontró durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad, por favor tache la pregunta.*

1. ¿Ha sido usted capaz de...?

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
a. ¿Hacer las compras?	0	1	2	3
b. ¿Lavar la ropa?	0	1	2	3
c. ¿Preparar la comida?	0	1	2	3
d. ¿Lavar a mano platos y utensilios de cocina?	0	1	2	3
e. ¿Pasar la escoba, el trapeador o la aspiradora?	0	1	2	3
f. ¿Hacer las camas?	0	1	2	3
g. ¿Caminar varios cuartos?	0	1	2	3
h. ¿Visitar amigos o familiares?	0	1	2	3
i. ¿Salir sola/a?	0	1	2	3
j. ¿Usar el transporte público?	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió lastimado?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

*Indique con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana: según el aspecto descrito en cada pregunta. 0 corresponde a la menor calificación y 10 a la máxima*

4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿Hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la Fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**ANEXO 15.**

**CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA II – CASO EUGENIA: POST-FOCALIZACIÓN**

**Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (CIF) SECCIÓN 2**

*Instrucciones: Encierre en un círculo el número que mejor describa como se encontró durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad, por favor tache la pregunta.*

1. ¿Ha sido usted capaz de...?

a. ¿Hacer las compras?	0	1	2	3
b. ¿Lavar la ropa?	0	1	2	3
c. ¿Preparar la comida?	0	1	2	3
d. ¿Lavar a mano platos y utensilios de cocina?	0	1	2	3
e. ¿Pasar la escoba, el trapeador o la aspiradora?	0	1	2	3
f. ¿Hacer las camas?	0	1	2	3
g. ¿Caminar hasta el supermercado?	0	1	2	3
h. ¿Visitar amigos o familiares?	0	1	2	3
i. ¿Subir escaleras?	0	1	2	3
j. ¿Utilizar transporte público?	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la Fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

*Indique con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana según el aspecto descrito en cada pregunta. 0 corresponde a la menor calificación y 10 a la máxima*

4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico ¿Hasta que punto el dolor y otros síntomas de la Fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10