



TESIS DOCTORAL

ARTETERAPIA Y FIBROMIALGIA
Lenguajes del cuerpo

ART THERAPY AND FIBROMYALGIA
Body language

Araceli Guiote González


Dirección:
Francisco José Tornay Mejías
Sally Skaiffe

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Araceli Guiote Gonzalez
ISBN: 978-84-9163-851-3
URI: <http://hdl.handle.net/10481/51125>

La doctoranda Araceli Guiote González y los directores de la tesis Francisco José Tornay Mejías y Sally Skaife garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, Abril de 2017,

Francisco José Tornay Mejías

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of a large 'F' and 'J' intertwined, with a long horizontal stroke extending to the left.

Sally Skaife

A handwritten signature in black ink, written in a cursive style that reads 'Sally Skaife'.

A las protagonistas de esta investigación, a todas las mujeres que han participado y han hecho posible este trabajo. Ha sido un gran honor haberos podido acompañar y un regalo haber sido testigo de vuestros procesos creativos y del trabajo resultante de los mismos.

A mi madre, quien en su época y sin saberlo supo buscar un espacio propio más allá de los condicionamientos familiares y culturales, donde poder sentirse "libre". Gracias por ser un modelo de feminidad diferente a lo establecido. Gracias por tu sabiduría, la que no se encuentra en los libros, la sabiduría de la viveza, de la intuición y de la supervivencia. Gracias por tu fuerza, esa fuerza que te salvó de la muerte en dos ocasiones. Gracias por estar hoy a mi lado, por creer siempre en mí y por ser un apoyo incondicional.

A mi padre, por ser modelo de inteligencia, de reflexión, de perseverancia. Gracias por haber confiado siempre en mí y apoyado en los momentos de crisis para que persistiera y finalizara esta investigación.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a:

Mi director de tesis Francisco José Tornay Mejías, nunca tendré palabras para expresar mi inmenso agradecimiento por el papel tan importante que ha desempeñado en el proceso y culminación de esta investigación.

A mi directora de tesis Sally Skife, por su contribución hacia esta investigación. Ha sido una gran oportunidad para mi recibir su mirada y su sabiduría. Su paso por este recorrido marcó un impacto que cambió el rumbo de mi trayectoria como investigadora.

A mi cuñado Emilio Molero, quien siempre me ha prestado una ayuda incondicional con el desarrollo de la tesis. Gracias por tu generosidad, tu ayuda, tu tiempo. Gracias por tener siempre una sonrisa y está disponible para ayudar. Eres un modelo e inspiración como ser humano.

A Eduardo Rodríguez, gracias por tu apoyo y escucha en esta dificultosa y apasionante travesía.

A mis hermanas, Lucila e Isabel, por su paciencia, comprensión, apoyo y ayuda prestada en mi dicotomía laboral hasta que finalmente me realicé profesionalmente.

A todos/as mis amigos/as que me han acompañado en este largo viaje, y en especial a Charlie Malgrem, Andrea Barbero, e Ignacio de Haro.



ÍNDICE

1. Resumen de la investigación: arqueología de una búsqueda de la investigación doctoral/summary the archeology of a search: summary of the doctoral research.	21
Cuerpo teórico de la investigación/Teorical body of the research:	22
1.1 Arqueología de una búsqueda. 1.1.The archeology of a search...	22
1.2 Inmersiones y motivaciones 1.2 Immersions and motivations	23
1.3 Cómo sostener las huellas del dolor 1.3 How to live the footprints of pain:	29
1.3.1 Objetivos 1.3.1 Objectives	29
1.3.2 Hipótesis de trabajo 1.3.2 Hypotheses of study	32
1.3.3 Metodología 1.3.3 Methodology	33
1.3.3.1 El problema de la investigación 1.3.3.1 The research problem	33
1.3.3.2 Desarrollo de la metodología seleccionada para dar respuesta a las preguntas planteadas y los objetivos establecidos 1.3.3.2 Development of the methodology selected, to respond to the questions put forth and the objectives established	34
1.4 El cuerpo como dispositivo del dolor: revisión de la bibliografía en fibromialgia 1.4 The body as a mechanism of pain: review of the bibliography in fibromyalgia	40
1.4.1. Síndrome de la fibromialgia (FSM) 1.4.1. Fibromyalgia syndrome (SFM)	40
1.4.2. Revisión de la bibliografía en relación al campo del arteterapia y fibromialgia 1.4.2. Review of the bibliography related with the field of art therapy and fibromyalgia	47
1.4.3. Características del estudio de la investigación 1.4.3. Characteristics of research study	48
1.5. Justificación del por qué este estudio debe de ser añadido a la literatura de este campo	51

1.5. Justification as to why this study should be added to the academic research and literature in this field	52
1.6. Articulaciones del lenguaje: somatizaciones y fibromialgia, criterios clínicos y nosológicos	
1.6. Expressions of the language of pain: somatization and fibromyalgia, clinical and nosological criteria	
1.7. Las huellas del dolor como síntoma de la subjetividad femenina: revisión de conceptos claves del método del psicoanálisis, psicopatización y género.	54
1.7. The footprints of pain as a symptom of the feminine subjectivity: revision of key concepts of tools like psychoanalysis, psychosomatics and gender	
1.8. La transformación del dolor en símbolo, el arteterapia como instrumento de intervención en fibromialgia.	56
1.8. Transforming the pain to symbols, art therapy as a tool to treat fibromyalgia	
Cuerpo práctico de la investigación/practical corpus of the doctoral research:	56
1.9 Análisis de la propuesta de intervención en arteterapia con mujeres que sufren fibromialgia.	56
1.9 Analysis of the proposal for art therapy intervention with women suffering from fibromyalgia.	
1.9.1. Setting	60
1.9.2. Estructura de los talleres	60
1.9.2. Organizational scheme	
1.9.3. Resultados	60
1.9.3. Results	
1.10 Conclusiones y limitaciones de la investigación	61
1.10 Conclusions and limitations of the research	

2. Capítulo. Cómo sostener las huellas del dolor: metodología, objetivos e hipótesis:	65
2.1. Introducción/Introduction:	68
2.2. Objetivos	70
2.3. Hypothesis of the research	72
2.4. Descriptive analysis of quantitative data	73
2.4.1. Independent variables	73
2.4.2. Dependent variables	75
2.5. Methodology	75
2.5.1. Paradigm	75
2.5.1.1. Constructivism	75
2.5.1.2. Heuristic research	76
2.5.2. Mixed methodology	84
2.5.2.1. Justification for choosing the mixed methodology	85
2.5.2.2. Uses and fundamentals of qualitative methodology	86
2.5.2.2.1. Action research	88
2.5.2.2.2. Case study as a chosen tool describe evidences	91
2.5.2.2.1. Typologies of case study methodology	93
2.5.2.3. Quantitative methodology	94
2.6 Estrategias de recogida de información:	97
2.6.1. La observación cerrada	98
2.6.2. Entrevista	98
2.6.3. Cuestionarios	99
-Escala de depresión: Beck	
-Escala de Ansiedad Estado- Rasgo: STAI	
-Escala de calidad de vida	
-Escala de impacto de la fibromialgia	
-Escala de calidad de vida relacionad a la salud.	
-Física y emocional: SF36	
-Escala de afrontamiento del dolor: Vanderlit	
2.6.4 Observación	106
2.6.5 Técnicas proyectivas	106
2.6.6 Herramientas de análisis de datos	106
2.6.7 Triangulación	107

3. Capítulo. El cuerpo como dispositivo del dolor: revisión general de la fibromialgia:	109
3.1. Definición, Contexto y evolución de concepto	110
3.2. Epidemiología	113
3.3. Etiología:	118
-Rol de la serotonina	
-Neurohormonas y fibromialgia	
-Percepción y tolerancia del dolor	
-Alodinia	
-Altos niveles de hipocondría y neuroticismo	
-Psicopatologías y estrés	
-Trastorno del sueño	
-Traumas	
-Disfunciones del eje del Hipotálamo-Pituario-Adrenal	
-Abuso sexual	
-Teorías del aprendizaje y del dolor	
-Predisposición genética	
-Síndrome de sensibilidad central	
4. Capítulo. Articulación del lenguaje del dolor: semiología y nosología de la fibromialgia:	131
4.1. Teoría y modelos explicativos de las somatizaciones y fibromialgia	134
4.1.1. Psicomatismo, fibromialgia y arteterapia	134
4.1.2. Psicomatismo, fibromialgia y conceptos claves	137
4.1.2.1. Trastornos somatoformes	140
4.1.2.2. Trastornos por somatización	141
4.1.2.3. Somatización y trastorno conversivo	142
4.1.2.4. Trastornos somatoformes indiferenciado:	147
4.1.2.5. Dolor somatoforme	148
4.1.2.6. Síndrome somático funcionales	151
4.2. Criterios nosológicos	152

5. Capítulo. Huella corporal como síntoma de la subjetividad femenina: fibromialgia desde una revisión de conceptos claves del psicoanálisis, psicopatismo y género	159
5.1. Psicoanálisis y fibromialgia	160
5.2. Psicopatismo y fibromialgia	163
5.3. Teoría feminista, estudios de la subjetividad femenina y fibromialgia	168
6. Capítulo. La transformación del dolor al símbolo: el arteterapia como instrumento de intervención con mujeres que sufren fibromialgia:	173
6.1. Aplicaciones del arte con un fin terapéutico y epistemología del arte	176
6.2. Desarrollo del arteterapia: definición del concepto y creación de la profesión	183
6.3. Fundamentación del arteterapia y los beneficios para las personas que sufren fibromialgia	189
6.3.1 Arteterapia, creatividad, trauma y fibromialgia	190
7. Cuerpo experimental:	201
7. 1 Primeros pasos hacia la comprensión del dolor ajeno: primera fase de la Investigación Acción en la Asociación Granadina de Fibromialgia (AGRAFIM).	213
7.1.1 Diseño metodológico de la primera fase de la Investigación Acción	216
7.1.1.1 Encuadre	219
7.1.1.2 Estrategias de recogida de la información	220
7.2 Diseño metodológico de la segunda fase de la Investigación Acción en la Asociación Granadina de Fibromialgia (AGRAFIM)	225
7.2.1 Introducción	226
7.2.2 Diseño metodológico de la segunda fase de la Investigación Acción	229
7.2.2.1 Encuadre	229
7.2.2.2 Estrategias de recogida de información de la segunda fase de la Investigación Acción	231
7.3 Análisis e interpretación de datos de la segunda fase de la Investigación Acción	235

7.3.1 Interpretación de datos generales de la estrategia de recogida de información de la observación cerrada de la segunda fase de la Investigación Acción	236
7.3.1.1 Tablas de la interpretación de datos de la observación cerrada de la segunda fase de la Investigación Acción	236
7.4 Estudios de casos de la primera y segunda fase de la Investigación Acción	263
7.4.1 Análisis reflexivo del estudio de caso A (Alicia) (Primera fase de la Investigación Acción): la caída como condición humana	267
7.4.1.2 Conclusiones del estudio de caso A (Alicia), primera fase de la Investigación Acción	278
7.4.2 Análisis reflexivo del estudio de caso B (Bárbara) (Segunda fase de la Investigación-Acción): La huida sin dejar rastro.	281
7.4.2.1 Conclusiones del estudio de caso B (Bárbara), segunda fase de la Investigación-Acción	298
7.4.3 Análisis reflexivo del estudio de caso C (Carolina) (Segunda fase de la Investigación Acción): "...Me faltó el cuerpo a cuerpo...Este es mi dolor camuflado".	302
7.4.3.1 Conclusiones del estudio de caso C (Carolina), segunda fase de la Investigación Acción	314
7.5 Inmersión en el dolor ajeno y propio: tercera fase de la Investigación-Acción. Estancia de colaboración con el grupo de investigación de la Universidad de Goldsmith (Londres)	319
7.5.1 Arteterapia en el contexto de Goldsmiths´ College (Londres)	320
7.5.2 Colaboración con el grupo de investigación de Goldsmiths´ College (Londres).	321
7.6 Sintiendo el dolor del otro: cuarta fase de la Investigación Acción. Intervención sistemática en el área de salud mental del Hospital Virgen de las Nieves de Granada	325
7.6.1 Diseño de la cuarta fase de la Investigación Acción	328
7.6.2 Encuadre	328
7.6.3 Estrategia de recogida de información	329
7.6.4 Análisis e interpretación de datos a partir de los atributos cuantitativos de la cuarta fase de la Investigación Acción	331
7.6.4.1 Cuestionarios del análisis e interpretación de datos a partir de los atributos cuantitativos de la cuarta fase de la Investigación Acción	332
7.6.4.1.1. Resultados cuantitativos de la batería de cuestionarios de la cuarta fase de la Investigación Acción	343
7.6.4.2 Evaluadores de dolor y fatiga	352

7.7 Análisis de los estudios de casos:	355
7.7.1 Grupo control	356
7.7.2 Grupo experimental	356
7.7.2.1 Pacientes que abandonaron la terapia	356
7.7.2.1.1. Análisis del caso LL (Lleda): La usurpación de la Identidad	356
7.7.2.1.2 Conclusiones	371
7.7.3 Pacientes que no cumplieron todas las normas del encuadre	372
7.7.3.1 Análisis del caso I (Isora): entre la sombra materna y el yo. Cuerpo fragmentados, el arte como el cuerpo a disposición.	372
7.7.3.2 Conclusiones	399
7.7.4 Pacientes que cumplieron todas las normas del encuadre	404
7.7.4.1 Caso F (Fernanda): Silencio y trauma. Recorridos por las huellas del vacío hasta la construcción de un espacio de seguridad interno.	404
7.7.4.1.2 Conclusiones	418
7.7.5. Análisis Caso H (Herminia): El cuerpo como tapadera, cáscara y Falso Self.	421
7.7.5.1 Conclusiones	446
7.7.6 Análisis del estudio de caso A (Ana): Recorridos del cuerpo, desde el deseo del otro al deseo propio.	451
7.7.6.1 Conclusiones	479
7.7.7 Estudio de caso M (María): El cuerpo femenino como chivo expiatorio	483
7.7.7.1 Conclusiones	505
8. Capítulo. Multicasos:	511
8.1 Tablas	512
8.2 Reflexión fenomenológica general de los temas y datos más relevantes a nivel grupal	514
8.3 Relaciones de los aspectos biográficos, psicológicos y reproductivos más significativos asociados entre los casos con la literatura.	516
9. Capítulo. Quinta fase de la Investigación-Acción	519
9.1 Introducción	520
9.2 Haifa University	520
9.3 Metodología	520
9.4 Results	521
9.5 Discussion	522

10. Conclusiones

525

11. Bibliografía

556



RESUMEN ARQUEOLOGÍA
DE UNA BÚSQUEDA

De la investigación doctoral

CUERPO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Arqueología de una búsqueda

Esta investigación se inicia como una propuesta de intervención en arteterapia para poder comprender la subjetividad de las personas que sufren fibromialgia, más allá de un diagnóstico clínico. Por un lado, el propósito es promover la creación de representaciones creativas desde la experiencia del dolor y recoger conocimientos narrativos para relacionarlos a través del método del arteterapia, con los paradigmas de los enfoques de las teorías feministas, la clínica psicosomática y del psicoanálisis, para construir estudios de casos con orientación teórica. Y por otro lado, ahondar en las vivencias, reflexiones y significados, que las personas diagnosticadas atribuían a este síndrome y a otras esferas de su vida, a través de los diferentes lenguajes, verbales y no verbales. Se pretende con ello, contribuir a la creación de un cuerpo teórico en la disciplina del arteterapia validado.

Con esta investigación se propone que las mujeres que han participado, puedan apropiarse de estos lenguajes para generar, a través de un proceso creador, un espacio desde donde poder reelaborar el dolor de una manera diferente al lugar "fijado" por la sintomatología y por las atribuciones culturales asignadas al género femenino.

Para ello, se recoge información cualitativa y atributos cuantitativos de la vivencia de estas personas. El eje central de este trabajo se focaliza en el proceso, en la cualidad de las narraciones y en las experiencias de las mujeres que se comprometieron a "permitirse" un espacio en sus vidas para el autoconocimiento y la autoexpresión a través del proceso creador.

Los estudios de la subjetividad femenina (Beauvoir, 1949; Levinton, 2009; Távora, 2011; Chávez, 2012; Tubert, 2001, Hogan, 2008, Burin, 1996 et al) defienden que el sistema patriarcal es determinante en la

SUMMARY THE ARCHEOLOGY OF A SEARCH: SUMMARY OF THE DOCTORAL RESEARCH

1.1 The archeology of a search

This research began as a proposal to introduce art therapy invention as a means of understanding the subjective realm of persons suffering from fibromyalgia, reaching beyond the clinical diagnosis. On one hand the intention was to provoke the creation of creative representations from the experiences of the pain and collect narrative knowledge using art therapy to relate them to the paradigms of the approaches of feminist theories, psychosomatic medicine and psychoanalysis. And on the other hand — through languages, verbal and non-verbal— deepen the understanding of the vital experiences, reflections and significance that persons diagnosed with fibromyalgia might attribute to the syndrome or to other areas of their lives. The aspiration is to, through this work, contribute to the creation of a theory proven within the art therapy discipline.

This research propound for the participating women to adopt such languages to generate, through a creative process, a space where they may work to transform the pain involved, different from the one "settled" by the symptomatology and the culture attributes assigned to the female gender.

The study gathers qualitative information as well as quantitative attributes regarding the life experience of these persons. The central focus of the work is on the process, on the quality of narrative or alternative expression of experiences by women and men who suffer from fibromyalgia and "allow" themselves some room for self-knowledge and self-expression through the creative process.

The studies of the female subjectivity (Beauvoir, 1949, Levinton, 2009; Távora, 2016; González de Chávez, 2010; Tubert, 2012, Hogan, 2008, Burin,1996 et al) defend the patriarchal system as crucial in the social

construcción social que se ha hecho en torno a las identidades de género y que dicha construcción puede ser uno de los condicionantes que inciden en la formación de estados de malestar (somatizaciones, dolor, miedos) y/o enfermedades (clínica psicósomática, funcionales y orgánicas) que afectan cuantitativamente más a la mujer que al hombre por la condición de ser mujer.

A lo largo del cuerpo práctico se va a presentar reflexiones sobre estudios de casos de mujeres que sufre de fibromialgia y sintomatología afines a otras enfermedades en relación al dolor corporal. Uno de los métodos seleccionados son "estudios de casos". Los estudios de casos según Yin (2009: 18) permite llevar a cabo: *"una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en profundidad y dentro de su contexto de vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes"*. Para Flybjerg (2006) el estudio de caso produce el tipo de conocimiento procedente del contexto que investiga y permite desarrollar conocimientos virtuosos o crear expertos en la materia, desde reglas extraídas y basadas en los participantes, con el fin de construir una fundamentación teórica basada en la práctica arteterapéutica.

Esta investigación doctoral tiene mención internacional, para cuya realización se han realizado estancias en diferentes universidades como: Universidad de Ciencias de la Educación de Granada, Goldsmith College (Londres) y Haifa University.

1. 2 Inmersiones. Motivaciones¹

Mi principal interés antes de empezar la investigación doctoral, giraban en torno a unas referencias vitales y profesionales como:

1) Mujer que se vive, se piensa, se cuestiona, se interroga dentro de una cultura determinada con una historia enmarcada en el sistema patriarcal y los condicionamientos

¹ En este apartado utilizo la primera persona porque voy a explicar las motivaciones personales que han sido determinantes a la hora de decidir iniciar esta investigación.

construction of gender identities and that this construction may be one of the determinants that influence the development of malaises (somatizations, pain, fears) and/or illnesses (psychosomatics, functional diseases and organic disorders) which statistically are more common among women than men, for the mere fact of being a woman.

During the practical part reflections regarding the case studies of women suffering from fibromyalgia and symptoms linked to other illnesses related to physical pain will be presented. One of the chosen methods is the "case study". According to Yin (2009: 18) the case study allow for *"an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident"*. Flybjerg (2006) argues that the case study produces contextdependent knowledge and can develop advanced knowledge or create subject matter experts using rules observed among and based on the participants. In this case with the objective to build a theoretical framework based on the practice of art therapy.

This PhD Thesis has international mention and it has involved work in different universities, such as: Faculty of Educational Sciences of the University of Granada, the Goldsmith College (London) and Haifa University.

1.2. Inmersions. Motivations¹

My main interest towards research before initiating this project stemmed from certain personal and professional references, including:

1) The very fact of being a woman who lives, thinks, questions and explores within a given culture, with a history framed by a patriarchal system, and the implications that this has in

¹ In this section I use first person as I will explain my personal motivations that have been decisive to initiate this research.

que ello conlleva tanto en la elección de su deseo como en el bienestar físico y emocional.

2) Arteterapeuta que desea mejorar sus prácticas con un colectivo determinado, del cual, no existe apenas referencias bibliográficas.

3) Investigadora que interroga los diferentes actores (arterapeuta-paciente-proceso creativo) como herramientas potenciales y desencadenadoras para obtener respuestas metodológicas viables para la intervención con mujeres que sufren fibromialgia.

Mi interés hacia el feminismo parte desde los estudios subjetivos de la mujer, de las subjetividades femeninas vulnerables (Burin, 1996) y las teorías que visibilizan una condición de la misma desde la exclusión. Me he posicionado desde ese cuerpo teórico que encarna una “tensión alienante” a la hora de plantearme una serie de interrogantes acerca de cómo el cuerpo femenino sintomático puede ser la voz silenciada o reprimida de una identidad femenina a devenir, en conflicto y/o sin construir; y sobre lo que es ser mujer en nuestra sociedad contemporánea que perpetúa aún los mitos, mensajes, cánones, arquetipos, pasajes y traumas transculturales² (Bollas, 2014). de un legado cultural aún hegemónico.

Antes de iniciar la investigación me cuestionaba si las mujeres que sufren fibromialgia, podrían a través del dolor encarnar un particular modo no verbal en sus cuerpos, que representase el significante³ en relación a su propia historia

2 Este concepto procede del concepto “transgeneracional”. Hace referencia a un trauma que se transfiere de la primera generación de una familia a la segunda generación y más generaciones de descendientes de la persona o grupo familiar donde tuvo lugar el suceso traumático a través de complejos mecanismos de trastorno de estrés posttraumático. La cita en este texto hace referencia a trauma transcultural, tiene el mismo significado pero enmarcado dentro de una cultura determinada por la heteroasignación como producto de la cultura patriarcal.

3 De Saussure (1945), dictó tres cursos de lingüística general en el marco de su cátedra de la Universidad de Ginebra entre 1906 y 1911. En este contexto define una dicotomía entre significante y significado partiendo de una traducción de los términos utilizados precedentemente por los pensadores alemanes del siglo XIX: Sinn y Bedeutung. Saussure explica que el signo lingüístico está constituido por un significante y un significado. El significante es el que designa algo, mientras que su significado es lo designado. Lacan realiza una

terms of choices of preferences and in one’s physical and emotional well-being.

2) As an art therapist who wishes improve her practice with a specific population.

3) As a researcher, who examines different actors (art therapist–patient–creative process) as potential tools and triggers to obtain viable methodological answers on how to intervene with women who suffer from fibromyalgia.

My interest in gender began with subjective Women’s Studies, Burin’s (1996) vulnerable feminine subjectivities, and the theories that made visible a condition deriving from exclusion. I took a stance in the wake of this theoretical body of knowledge that represented an “alienating tension” when considering a number of questions about how the symptomatic female body may be the silenced or repressed voice of a female identity in transformation, in conflict, and in some cases unconstructed; and about what it means to be a woman in our contemporary society, which perpetuates myths, messages, canons, archetypes, passages and transcultural traumas² (Bollas, 2014) from a cultural legacy that is still hegemonic.

Before initiating the study, I asked myself whether women who suffer from fibromyalgia through the pain could embody a certain non-verbal mode in their bodies, that symbolizes the signified³ in relation to their own history

2 This is a “transgenerational” concept. It refers to a trauma that is transferred from the first generation of a family to the second and subsequent generation of descendants of the person or family group where the traumatic event took place, through complex mechanisms of post-traumatic stress disorder. The citation in this text refers to transcultural trauma, and has the same meaning but framed within a certain culture determined by the heteroassignment as a product of the patriarchal culture.

3 De Saussure (1945) dictated three courses of general linguistics during his professorship in the University of Geneva between 1906 and 1911. In this context he defines a dichotomy between signified and signifier based on a translation of the concepts used mainly by Sinn and Bedeutung, German thinkers during the 19th century. Saussure explains that a linguistic sign consists of a signified and a signifier. The signified is the name of something, while its signifier is what’s designated to this something. Lacan modifies De Saussure’s

y el lugar de ellas mismas por ser mujer en la sociedad, -fisuras sociales, y representaciones de uno de los reflejos más ilustrativos de las posiciones dicotómicas en las que actualmente se halla las construcciones de identidad masculina y femenina-.

Desde la tensión y el malestar como sujeto que he interiorizado un mapa de significados y significantes acerca de una identidad hermética femenina, sobre "ser mujer" construida desde una "heteroasignación"⁴ (Beauvoir, 1949), partía uno de los intereses principales. Como la condición femenina puede ser susceptible a sufrir estados de malestar y sintomatología específica, que cuantitativamente afecta más a las mujeres que a los hombres. Desde esta primera premisa, empecé a plantear los primeros interrogantes, análisis, reflexiones que poco a poco me fueron derivando a un deseo de búsqueda e inquietud mayor y a encontrar huellas trazadas tanto en la realidad social como en la literatura. La investigación se convirtió en un proceso donde he podido encarnar la figura de "espigadora"⁵, recogiendo fragmentos, que al ordenarlos me ha permitido concatenar un hecho objetivo con las huellas trazada de un pasado que se muestra en nuestra sociedad como un reflejo sintomático de la historia de la mujer propia y al mismo tiempo ajena, catapultada por la invisibilización.

Los deseos de saber se debatían también en torno hacía la clínica diferencial de la mujer, si podía existir enfermedades que afectase más a la mujer que al hombre y si las causas podían incluir dentro de las posibles

modificación en la explicación de significante y significado realizada por De Saussure. Si para Saussure los significantes eran palabras, para Lacan no sólo las palabras, sino también los objetos, las relaciones y los síntomas pueden ser vistos como significantes. Un significante es tal cosa cuando ha sido inscrito en el orden de lo simbólico. Solo en este orden el significante puede adquirir un sentido, un significado que se va estableciendo a través de la relación con otros significantes y del contraste de sus diferencias y similitudes.

4 Beauvoir (2008) afirmó que « La Mujer » es una heterodesignación, un objeto de discurso por parte de los varones que la instituyen en "la Otra", relegándola así a la esfera de la alteridad, la inesencialidad y la immanencia.

5 Es un término utilizado por Hernández, (2008) en las artes visuales que hace referencia a las personas que recogían los rastros de trigo que se quedaban en el suelo sin arar. En este texto, se usa como metáfora de haber hecho un trabajo de recogida de los rastros que se habían quedado fuera del modelo hegemónico predominante y que representa la diversidad.

and their place for being women in our society, social fissures and representations of one of the most illustrative reflections of the binary opposition in which the constructions of the male and female identities are currently found.

From this position of tension and distress as the subject that has interiorized a map of signifieds and signifiers⁴ around a hermetic female identity, about being a woman constructed from a "heteroassignment"⁵, (Beauvoir, 1949) there came one of the existential interests of exploring a group of individuals suffering from a specific type of distress and symptomology, which statistically affects women more than men. From there, I could question, analyze and reflect, and try to determine what sort of views and constructs might be linked, through an objective fact, with the traces of a past that appears in our society as a symptomatic reflection of a history that is particular and alien at the same time.

Thus, the desire to know went beyond the debate about the differential symptoms of women, to address the question if there could be illnesses that affect women more than men, and if the causes would be included within the

explanation of the signifieds and signifiers. For Saussure the signifiers were words, but for Lacan not only words, but also objects, relationships and symptoms can be seen as signifiers. A signifier is something when it has been registered within the symbolic. Only this way the signifier can acquire a sense, a signifier that is established in relation to other signifieds and by contrasting its differences and similarities.

4 Terminology used in the analytical method to refer to contents related with the psyche of an individual from a conscious or subconscious level.

5 Simone de Beauvoir (2008) wrote that "Woman" is a heterodesignation, an object of discourse used by males that institute it in "otherness", thereby relegating the female to the sphere of non-essentialness and immanence.

miradas por las cuales pensar la subjetividad, una mirada desde la perspectiva de género en relación al malestar emocional y al inconsciente colectivo (Jung, 1920)⁶.

Dentro de esta mirada específica de género se ha revisado información desde otras miradas como: el psicoanálisis, teniendo en cuenta tanto las teorías más ortodoxas Escuela Freudiana, Klein, (1923) Winnicott, (1965) entre otros, hasta la revisión que se ha hecho de esta psicoterapia desde la perspectiva feminista, Benjamin, (1996), Beauvoir (2008), Sanz (1995), Esteban (2011) y desde las referencias bibliográficas en arteterapia aplicado a mujeres cuya sintomatología se relaciona con el cuerpo sufriente (López y Martínez 2006; López, 2012; Dennecker, 1991; Cigarán, 2004/2011; Menéndez, 2009).

Los diferentes intereses y motivaciones vitales, profesionales y del campo de la investigación, se enraizan unas con otras tejiendo una serie de motivaciones tanto en los campos: arteterapia, fibromialgia, psicopatología, y género. Ahondar en el interrogante si la fibromialgia podría tener fundamentalmente un origen psicopatológico, si podría ser ésta una enfermedad que parte desde el área emocional con efectos conversivos en el cuerpo y si existe también una relación con el lugar o posición de la mujer dentro de la sociedad como desencadenante de las mismas o en su defecto si influye o condiciona en la cronicidad e intensidad de la sintomatología.

Aunque esta enfermedad también afecta al hombre, (siendo cuantitativamente menor), en los talleres solo han participado mujeres (sin haber sido excluyente la posibilidad de la participación de hombres).

Otra inquietud fundamental nace desde mi formación como arteterapeuta, me atraía la idea de investigar en un terreno aún difuso y poco conocido para todas las áreas del conocimiento. Ha sido un aliciente

possible views bordering on subjectivity, a vision from the gender perspective in relation with a lack of emotional well-being and the collective subconscious (Jung, 1920)⁶.

Within this specific gender viewpoint, information from other orientations was reviewed —psychoanalysis, bearing in mind the more orthodox schools of Freud, Klein (1923), Winnicott (1965) and others, to the revision of psychotherapy from the feminist perspective by Benjamin (1996), Beauvoir (2008), Sanz (2010), Távora (2010) and the bibliographic references of art therapy applied to women whose symptoms are related with the body in pain (López y Martínez 2009; López, 2012; Dennecker, 1991; Cigarán, 2004/2011; Menéndez, 2009).

The different interests and motivation of a personal, professional and research nature are interwoven with a series of sub-interests that include art therapy, fibromyalgia, psychosomatics, and gender. To delve deeper into this terrain through art therapy led me to wonder if this illness could have a fundamentally psychosomatic origin, if it might be an illness that can be traced to the emotional arena with conversive effects in the body, and if there might also be a relationship with the place or position of the woman in society as the trigger; or else, if these factors might influence or condition the chronicity and intensity of the symptoms.

Although this illness also affects men (in a much lesser proportion), only women participated in the workshops (not exclusive, the possibility of male participation being left open).

Another basic query stems from my training as an art therapist. I was attracted by the

⁶ El inconsciente colectivo, junto con el concepto de los arquetipos son conceptos claves de la teoría de Jung, quien postuló la existencia de un sustrato común a los seres humanos de todos los tiempos y lugares del mundo, constituido por símbolos primitivos con los que se expresa un contenido de la psique que está más allá de la razón.

⁶ The collective subconscious, together with the concept of archetypes, are key concepts in Jung's theories. He postulated the existence of a common substrate in all human beings of all times and places in the world, constituted by primitive symbols to express the contents of the psyche that are beyond the realm of reason.

fundamental, las posibilidades que podría ofrecer el descubrir de manera vivencial atributos de ésta enfermedad sin estar altamente condicionada por la literatura.

Otro eje motivacional que atraviesa la elección del tema de estudio es investigar hasta dónde y cómo puede ser de efectiva el arteterapia con personas que padecen fibromialgia, y las posibilidades que se pueden encontrar como terapia holística en su capacidad de actuar como desencadenantes de la memoria somática (Van der Kolk, 1994), del cuerpo sufriente, para aliviar el dolor e integrar aspectos conflictivos de la subjetividad que presentan altos niveles de disociación entre el cuerpo físico y el cuerpo emocional.

Atendiendo al dolor en todas sus dimensiones, se pretende que la persona lo reelabore a través de su cuerpo. Se busca entender la metáfora de su discurso de dolor, profundizando en quiénes son, quienes desean ser, quienes creen que deben ser. Así, arriesgándose a ir un paso más allá, se favorece a estas personas mediante un espacio de seguridad y sostén, poder expresarse también en todas sus dimensiones (verbal y no verbal) de forma creativa.

Este proyecto ha querido recoger el lenguaje simbólico del cuerpo sufriente y el deseo de las participantes. Se ha filtrado los objetos resultantes (obras creadas) como metáforas de su paso por los talleres de arteterapia, como huellas que representan lo más singular e intransferible de la subjetividad humana, proporcionando un espacio en el cual poder llevar a cabo procesos de creación, identificación y reelaboración. Se han registrado los movimientos que oscilaban desde los primeros atisbos de contacto con el dolor, la otredad de tocarse como ese otro, tocarse como el acto simbólico más doloroso, separarse de lo que ese Otro ha depositado y empezar a sentir, sentir su fragmentación y desde ahí acariciar los ecos de su subjetividad, con rostro a piel y a carne propia, horadado de los propios límites fronterizos de su cuerpo. Ha sido un viaje desde el dolor del estado de malestar hasta la identificación de su deseo. El proceso ha sido diferente en cada uno de los casos. Siempre

notion of researching in a yet diffuse field, comparatively unknown to those of other disciplines. This was a fundamental incentive, given the possibilities that it offered to empirically discover attributes of this illness that are not yet highly conditioned by the literature.

A further motivational axis at the center of the subject area selected is to investigate how far-reaching and how effective this therapeutic tool could be with individuals suffering from fibromyalgia, and its possibilities as a holistic therapy, in the capacity to act as triggers of the somatic memory (Van der Kolk, 1994) of the suffering human body, to alleviate pain and integrate conflictive aspects of the subjective realm that present high levels of dissociation between the physical body and the emotional body.

Attending to pain in all its dimensions, the aim is for the person to re-elaborate it through their body. The idea is to understand the metaphor of the discourse of pain, deeply exploring who the person is, who they wish to be, who they believe they should be. In this way, risking and going one step further, these persons can benefit from a secure space where they are able to express themselves in all dimensions (verbal and non-verbal) in a creative way.

This project aimed to gather the symbolic language of suffering bodies and find the desire of the participants. Their art work functions as a metaphor of their participation in art therapy workshops, like footprints that represent the most unique of the human subjectivity. It has provided a space to create, identify and reconstruct. It has been a journey from the pain and the malaise until identifying their wishes and desires. The process has been different in each one of the cases. The individual pace has been respected at all times and the participants have been allowed to work and not work, with the only condition to be present and witness what happens in each one of the sessions. Some patients have been able to proceed and reconstruct their own history, introducing a new element, their voice, their subjectivity that at the same time

se ha respetado el ritmo individual y se ha permitido tanto trabajar como no trabajar, pero con la condición de estar presentes, de ser testigo de lo que acontece en cada una de las sesiones. Algunas pacientes han podido caminar, reconstruyendo su historia contada por ellas mismas, introduciendo un nuevo elemento, su voz, su subjetividad que al mismo tiempo que resurgía iba transformando su identidad nómada en otra más empoderada. Otras pacientes, han andado con pies de plomo y recorriendo el camino con pasos muy cortos, pero aun ahí, en donde el camino transitado ha sido breve y con poca conciencia, lo recogemos con el mismo respeto y celebración que los caminos construidos largos, entendiendo que lo importante es andar y que un paso aunque se pare puede ser el inicio de otros muchos en otros espacios y contextos.

El taller se convirtió en un laboratorio, en donde emociones, dolores, traumas, sinergias, identificaciones, reparaciones, creaciones, formas, reflejos, etc., han podido tener un lugar y una concreción que ha sido materializados en objetos metonímicos, en objetos contenedores de su mundo interno, sosteniendo y devolviendo reflejos de una identidad propia, intransferible, singularizada. Sus obras son el testigo de las huellas nómadas, huellas que partiendo desde el camino que otros le han trazado, se van transformando en el camino que ellas deseaban transitar, reescribiéndose a sí mismas en cada una de las creaciones.

A continuación se hará un resumen de los capítulos de la investigación:

1.3. Cómo sostener las huellas del dolor: Objetivos, hipótesis y metodología

En el segundo capítulo nos adentramos al corpus teórico de la investigación.

transformed their nomad identity to a more empowered one. Other patients have walked more slowly, but even in these cases, they have been embraced with the same respect and celebration, taking into account that the most important is to continue the journey and a small step can be the start of a longer journey in other spaces and contexts.

The workshop became a laboratory where emotions, pains, traumas, synergies, identifications, repairs, creations, reflections, etc. could occupy space and a concrete form, materializing as objects that express their internal world, sustaining and reflecting their own, unique and personal identity. Their art works are witnesses of their nomad footprints, parting from a path others have already walked. The creations have transformed along the way and the participants have reconstructed themselves in each of the creations.

A summary of the chapters of research is given below:

1.3. How to live with the footprints of pain: Objectives, hypotheses, and methodology

Se desgranará los objetivos, hipótesis (variables dependientes), variables independientes y fundamentos de la metodología mixta (cualitativa: heurística, investigación acción, teoría fundamentada mediante estudios de casos contruidos fundamentalmente mediante la metodología narrativa; y metodología cuantitativa: indicadores en el dibujo del autorretrato) desde una perspectiva teórica de la literatura.

- Objetivos de la investigación:

Objetivos generales:

- Construir un cuerpo teórico fundamentado en la práctica de la intervención del arteterapia con las participantes que sufren del síndrome de la fibromialgia.
- Justificar y argumentar de una manera cohesionada e unificada las metodologías mixtas, aplicándolas a una propuesta de intervención en arteterapia.
- Adquirir una mayor comprensión de las causalidades y desencadenantes de la fibromialgia mediante el análisis de los estudios de casos en arteterapia.

Objetivos específicos:

- Atender metodológicamente a las diferentes necesidades que manifiesta los diferentes estudios de caso.
- Incluir en el análisis de las imágenes y objetos resultantes de los procesos creativos, las teorías feministas del arteterapia, para analizar cómo a través de las prácticas institucionales, del discurso, y el inconsciente colectivo, ciertos atributos asignados a la mujer que pueden influir en la sintomatología corporal, con el fin de abordar la sintomatología del colectivo desde un enfoque pluralista, multifacético e integral del ser humano.
- Analizar en los dibujos si los indicadores seleccionados aparecen con mayor frecuencia en las personas que sufren fibromialgia que en las personas que no tienen el síndrome.
- Evaluar variables (físicas, psicológicas y niveles del dolor) en relación a la sintomatología de la fibromialgia para poder establecer una línea en el tiempo que determinase la situación previa a cómo se encontraban anterior a la

In the second chapter we explore the theoretical corpus of the research.

The objectives, the hypotheses (dependent variables), independent variables and the foundations of the mixed method research (qualitative: heuristics, action research, theories founded by case studies constructed essentially through the narrative process, and quantitative methods: indicators applied to self-portraits drawn by individual participants) will be thoroughly analyzed from the theoretical perspective derived from the literature.

- Research objectives:

General objectives:

- Build a theoretical framework based on the practical intervention through art therapy with the participantes suffering from fibromyalgia.
- Prove and argue the mixed methods linking and unifying them and applying them to propose an art therapy intervention.
- Gain further knowledge about the causes and triggers of fibromyalgia through the analysis of the art therapy case studies.

Specific objectives:

- Methodologically attend the diverse needs exhibited in the different case studies.
- Include in the analysis of the images and the results the creative processes and feminist approaches to art therapy, in order to analyze how certain qualities designated to women through institutional practices, the discourse, and the collective unconscious may influence the physical symptomatology, with the aim to address the collective symptomatology from a pluralistic, multifaceted and integral approach to the human being.
- Analyse the drawings in order to see if the chosen indicators appear more frequently in the drawings by the persons suffering from fibromyalgia than in the ones by the persons not suffering from the syndrome.
- Evaluate variables (physical, psychological and pain level) in relation to fibromyalgia

intervención de la terapia, situación posterior a la intervención y situación tres meses después de la finalización de la terapia.

-Construir la fundamentación de los multicasos mediante el cruce y combinación de la información entre los diferentes casos entre sí, la literatura y las notas de la investigadora-arteterapeuta.

- Objetivos del estudio de campo:

Objetivos generales:

-Promover la experiencia emocional integradora.
-Desarrollar las capacidades creativas.
-Acompañar en la construcción de nuevas dimensiones personales.
-Acompañar en el desarrollo de proyectos vitales.
-Orientar el uso del arte en su habilidad para presentar de una manera organizada diferentes aspectos de la subjetividad.
-Construir otros significados de comunicación con medios alternativos a la palabra.
-Orientar el trabajo creativo con la función de reparación, entendiendo el trabajo como una "recreación".

Objetivos específicos:

-Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.
-Posibilitar la reestructuración internalizada de la imagen corporal dolorida.
-Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.
-Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.
-Apoyo y acompañamiento en las dificultades emocionales que surgen de la dificultad de aceptar el brote de la enfermedad en sus vidas.
-Reducir los efectos de la enfermedad, fomentar la comunicación y la interacción con otros pacientes.
-Fomentar espacio de empatía e identificación para compartir y narrar experiencias autobiográficas.
-Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
-Proporcionar un foro de diálogo para compartir los problemas existenciales.

symptoms in order to establish a timeline in which to determine how the participantes felt prior to the intervention, following the intervention and three months after the end of the therapy.

-Draw conclusions from the different cases crossing and combining the information from the different cases themselves, the literatura and the notes from the researcher-art therapist.

- Field study objectives:

General objectives:

-Foster a holistic emotional experience.
-Develop creative abilities.
-Accompany the participants in the construction of new personal dimensions.
-Accompany the participants in their development of vital projects.
-Guide the use of art to develop skills to present different aspects of the subjectivity in a structured way.
-Construct other meanings of communication through alternative methods than words.
-Guide the creative work as a way to rehabilitate, understanding work as a "recreation".

Specific objectives:

-Foment the possibilities of persons suffering fibromyalgia to improve and rehabilitate autonomously.
-Make possible an internalized restructuring of the hurt body image.
-Provide optimal tools to self-manage the pain through creative expression.
-Alleviate the participants' pain through a greater conscience of their physical and emotional condition.
-Support and accompany in the emotional difficulties that emerge from the difficulty to accept the outbreak of the illness in their lives.
-Reduce the effects of the illness and foment the communication and interaction with the other patients.
-Foment a space for empathy and identification to share experiences.
-Improve the patients' quality of life.

-Pensar al sujeto desde un enfoque integral y conocer a la persona que sufre el síndrome.
-Contribuir, mediante el análisis e interpretación de los resultados de los estudios de casos, a una mayor comprensión de las personas que sufren el síndrome, explorando las diferentes complejidades que influyen en el constructo subjetivo.

- Objetivos profesionales:

Objetivos generales:

-Visibilizar el potencial del arteterapia en el campo de la salud y para la integración social.
-Fundamentar la aplicabilidad del arteterapia como una terapia efectiva dentro de un tratamiento multidisciplinar para las personas que sufren fibromialgia.
-Validar la práctica del arteterapia por expertos en la materia y despertar, de tal modo, el interés por este campo en diferentes sectores institucionales: universidades, asociaciones, congresos, hospitales, etc.

Objetivos específicos:

-Contribuir a una mejora de la situación clínica de las pacientes que participan en la investigación, mediante la intervención práctica en el campo del arteterapia.
-Visibilizar la importancia de la perspectiva de género como herramienta para posibilitar una mayor eficacia en la práctica profesional en el ámbito clínico.
-Generar una demanda laboral de la figura del arteterapeuta mediante la creación de un cuerpo bibliográfico fundamentado.

- Objetivos Científicos:

Objetivos generales:

-Proporcionar una herramienta a través del arteterapia que pueda contribuir a ayudar a los diferentes campos de salud aumentar una mayor comprensión del síndrome de la

-Provide a forum for dialog to share existential dilemmas.

-Approach the person from a comprehensive perspective and get to know the person who suffers the syndrome.

-Contribute, through the analysis and interpretation of the case studies' results, to a better understanding of people who suffer the syndrome and explore different complexities that influence in the subjective construct.

- Professional objectives:

General objectives:

-Bring awareness to the potencial of art therapy in the health field and social integration.

-Found how art therapy can be an effective therapy within a multidisciplinary treatment for people suffering fibromyalgia.

-Prove the practice of art therapy with subject matter experts in order to stimulate the interest for this field within different institutional sectors: universities, associations, congresses, hospitals, etc.

Specific objectives:

-Contribute to improve the clinical situation for the patients participating the study through a practical intervention within the field of art therapy.

-Raise awareness regarding the gender perspective as a tool to improve the efficiency of the professional practices in health care.

-Create a demand for the art therapist producing a well based theoretical ground.

- Scientific objectives:

General objectives:

-Provide a tool through art therapy that

fibromialgia.

-Contribuir a mejorar la situación de las personas que sufren del síndrome mediante la intervención en arteterapia.

-Incorporar a la literatura un test proyectivo mediante el método del autorretrato aplicado en la investigación, que ayude a los diferentes profesionales de la salud a una mayor identificación del síndrome de la fibromialgia y por ende, a mejorar la asistencia hacia el colectivo.

Objetivos específicos:

-Describir el proceso doctoral, las limitaciones, dificultades, aspectos que no han sido beneficiosos, así como, los usos, potencialidades y aspectos relevantes para contribuir como guía o referencia a futuros investigadores en este campo; y a profesionales como base de fundamentación para el impulso de propuestas de intervención en arteterapia con el colectivo de la mujer.

-Aportar al campo de la literatura un estudio novedoso y pionero mediante un punto de partida metodológico mixto.

1.3.2 Hipótesis de trabajo

El propósito de este estudio es poder comprobar las siguientes hipótesis:

1). El arteterapia a través de su habilidad de hacer consciente material inconsciente puede aumentar el entendimiento de las características somáticas del síndrome.

2). El arteterapia puede ser una terapia efectiva para un tratamiento multidisciplinar de la fibromialgia.

3). El género⁷ puede ser un condicionante en el desencadenamiento de la formación de la fibromialgia.

4). Los dos indicadores, (a) postura corporal, y, (b) las cualidades de las líneas del dibujo de contorno del cuerpo humano, pueden utilizarse como herramienta de observación complementarias, a través de los dibujos monocromáticos de autorretrato del test 'Draw-A-Person. DAP' (Machover, 1949) para contribuir,

⁷ Se analizará en esta hipótesis el género desde la construcción social que se ha hecho del mismo determinando roles, funciones, y presunciones en torno a la identidad masculina y femenina.

could contribute to developing a better understanding of fibromyalgia within different health care fields.

-Contribute to improve the situation for persons suffering from the syndrome through art therapy interventions.

-Add a projective test to the literature, the same method with self-portraits applied in the research, to help different health professionals identifying the fibromyalgia syndrome and, consequently, improve the help provided to this group.

Specific objectives:

-Describe the doctoral research process, limitations, difficulties, less beneficial aspects, as well as uses, potentialities and relevant aspects that may serve as guides and references by future researchers within the field, and as theoretical background for professionals implementing art therapy interventions with women.

-Contribute to the literature with a new and ground-breaking study based on mixed methods research.

1.3.2 Hypotheses of study

The aim of this study is to test the following hypotheses:

1). Art therapy could enhance understanding of the somatic characteristics of the syndrome through its ability to make subconscious material conscious.

2). Art therapy may be an effective therapy for the multidisciplinary treatment of fibromyalgia.

3). Gender⁷ may be one of the determinants provoking the development of fibromyalgia.

4). The two indicators of study, (a) body posture, and (b) the qualities of the lines drawn for the contours of the human body, can be used as a tool for additional observations, in the

⁷ Within this hypothesis gender will be analyzed as the social construction done by the same to determine roles, functions, and presumptions regarding the masculine and feminine identity.

junto con otros medidores, para el diagnóstico del síndrome de fibromialgia. Así mismo, el indicador "expresión de la cara" en los dibujos monocromáticos de autorretrato del test 'Draw-A-Person. DAP' (Machover, 1949) no sirve para diagnosticar el síndrome de fibromialgia.

Mediante las tres primeras hipótesis se pretende comprobar si el arteterapia es una disciplina eficaz para el tratamiento de la fibromialgia.

Y a través de la cuarta hipótesis se propone un test proyectivo como herramienta complementaria que contribuya mediante el dibujo del autorretrato, a la identificación de la fibromialgia.

1.3.3 Metodología

1.3.3.1 El problema de la investigación:

Toda ciencia se estructura en torno a un paradigma o matriz disciplinar, sin embargo, en arteterapia hasta el año 2004 no existían paradigmas consensuados de forma generalizada, aunque todos privilegiaban el proceso creativo, generado en la aplicación de los medios plásticos y visuales.

Podemos encontrar estudios recientes que marcan un giro en el contexto epistemológico de la fundamentación metodológica en arteterapia que están cambiando el panorama general y específico de la práctica de la profesión. Dichos estudios son: McNiff, (2004) *Art-based research*; Metz, (2007) *Systematic analysis of Art therapy research published in Art Therapy: Journal of AATA between 1987 and 2004*.

McNiff (1998) desarrolla un enfoque metodológico basado en el arte a través de su propia experiencia como arteterapeuta. Metz (2008) presenta un análisis sistemático de la metodología usado en la investigación en arteterapia. A través de ese análisis identifica ocho métodos en común para la investigación en arteterapia: estudio de caso clínicos, auto estudio, estudio

monochromatic self-portrait sketches of the test called "Draw-A-Person" (DAP) (Machover, 1949) to, together with other measure, help diagnose the syndrome of fibromyalgia. The indicator "facial expression" in the monochromatic drawings of the self-portrait of the "Draw-A-Person" test (DAP) (Machover, 1949) do not serve to diagnose the syndrome of fibromyalgia.

By means of the first three hypotheses, the intention is to corroborate whether art therapy is an effective discipline for the treatment of fibromyalgia.

By means of the fourth hypotheses, a projective test is proposed as an additional tool to help identify fibromyalgia through features of the self-portrait drawn.

1.3.3 Methodology

1.3.3.1 The research problem:

All sciences are structured around a paradigm or a disciplinary matrix. However, previous to 2004 in the art therapy field there was no generalized consensus regarding paradigms, although all highlighted the creative process, generated in the application of plastic and visual media.

Recent studies (McNiff, 2004; Metz, 2008) signal a turning point in the epistemological context of the methodological foundations in art therapy. Consequently, we find that the general panorama and specific practice of the profession are undergoing significant changes. These studies are: McNiff, (2004) *Art-based research*; Metz, (2008) *Systematic analysis of Art therapy research published in Art Therapy: Journal of AATA between 1987 and 2004*.

McNiff (2004) develops a methodological focus based on art through her personal experience as an art therapist. In turn, Metz (2008) presents a systematic analysis of the methodology used in art therapy research. Accordingly, eight common methods for

de campo, entrevistas, test, investigación histórica/antropológica, observación del comportamiento, exploración del proceso creador y las obras de los/as participantes.

Estos estudios suponen un punto de inflexión hacia un cambio en el panorama actual. Pero aun, podemos encontrar dificultades a la hora de llevar a cabo una investigación en este campo por la escasa bibliográfica existente en metodologías de investigación para la práctica e intervención en arteterapia, y por las características intrínsecas de la disciplina que se entronca con otros campos del conocimiento como: antropología, sociología, psicoterapia, arte, filosofía, entre otras.

Este problema de investigación se manifiesta en la obligatoriedad de hacer uso de enfoques y herramientas metodológicas de otros campos del conocimiento y aplicarlos al campo del arteterapia con las consecuentes limitaciones y dificultades que entraña la adaptación de los mismos a una materia que tiene unas características propias.

1.3.3.2 Desarrollo de la metodología seleccionada para dar respuesta a las preguntas planteadas y los objetivos establecidos:

A continuación se va a resumir cómo se ha resuelto metodológicamente las preguntas de hipótesis planteadas y los objetivos establecidos.

Este proyecto de investigación se caracteriza por haber sido llevado a cabo, por metodología mixta, con una orientación principal cualitativa y atributos cuantitativos en diferentes fases. El problema de estudio se abordó en una primera fase desde el método cualitativo, una segunda fase nuevamente desde el método cualitativo con estrategias de recogida de información cualitativa y cuantitativa y una última fase desde el método cuantitativo.

Según Tashakkori (1998) este tipo de metodología mixta puede representar el fin de la "guerra" que existía entre los diferentes paradigmas y métodos de investigación.

research in art therapy can be identified, namely: the study of clinical cases, self-study, field study, interviews, tests, historic/anthropological research, observation of conduct, exploration of the creative process, and the works of the participants.

These studies stand as point of reference, marking a directional change in the current panorama. But even so, research efforts in this field are hampered by the scarce bibliography in research methodologies for the practice and intervention in art therapy and the interdisciplinary character of the same relating to other fields of knowledge such as anthropology, sociology, psychotherapy, arts, and philosophy.

This research problem is evidenced by the necessity of using methodological focuses and tools from other fields of knowledge, applying them to the field of art therapy with the implicit limitations and difficulties involved in their adaptation to a subject matter that has characteristics of its own.

1.3.3.2 Development of the methodology selected, to respond to the questions put forth and the objectives established:

The following paragraphs sum up how the hypotheses and queries put forth, and the objectives established, were resolved methodologically.

This research project is characterized by having been conducted using a mixed methodology which is mainly qualitatively driven with quantitative elements in different phases. The research problem was in the first phase addressed from a qualitative method. In the second phase the qualitative method was used again with strategies to collect both qualitative and quantitative information. In the last state the quantitative method was used.

La metáfora de la guerra fue descrita por Gage (1989), para señalar la discusión y alteraciones de la década pasada o dos décadas como un conflicto que plantea más confrontaciones que elementos necesarios para la investigación. Desde los años 50 del siglo XX, las ciencias sociales han crecido tremendamente y con este crecimiento se ha roto con el problema o la preponderancia que un estudio sea abordado exclusivamente con un método (Tashakkori, 1998: 5). Tashakkori y Teddlie (1998), Morgan (2007) y Patton (1990) apuntan como fundamento filosófico para los métodos mixtos, la importancia de centrar la atención en el problema de investigación en las ciencias sociales y el uso de enfoques pluralistas para derivar el conocimiento hacia el problema. Creswell (2007) señala que la resolución de un paradigma diferente puede ocurrir cuando un nuevo paradigma emerge y el mismo es más sofisticado y mejor informado que ningún otro anterior.

El desarrollo y evolución de esta investigación doctoral responde a una modalidad estructural fruto de una combinación de metodologías que responde a lo que Campbell y Fiske (1959), Bryman, (2006), Tashakkori y Teddlie (2003), denomina metodología mixta, la cual se caracteriza por aunar elementos de ambos enfoques cualitativo y cuantitativo (Brewer y Hunter, 1989; Patton, 1990).

Se ha puesto en juego una metodología tanto cualitativa (heurística, estudios de caso con método narrativo, teoría fundamentada en la práctica, e investigación-acción), como cuantitativa (puntuaciones numéricas en el test Draw-A-Person. DAP de Machover, cuestionarios y evaluadores) para poder abordar las seis hipótesis.

Se ha utilizado la metodología cualitativa porque se ha considerado como el medio más conveniente para ahondar en la raíces de la problemática de las pacientes, y para poder analizar si el componente emocional puede haber desencadenado el síndrome de la fibromialgia.

El paradigma general donde se contextualiza esta investigación es heurístico, dentro de una

According to Tashakkori (1998), this type of methodology could mean the end of the “war” between the different paradigms and research methods. The bellicose metaphor of the war was earlier used by Gage (1989) to underline how discussion and alternating tendencies over the past decade or two appeared to pave a battlefield, for a conflict that planted more confrontations than elements needed for research. Tashakkori, (1998: 5) says “since the 1950’s, the vast growth of the social sciences has put a twist in the trend of approaching a study exclusively through a single method”. Tashakkori and Teddlie (1998), Morgan (2007) and Patton (1990) all point to the great utility of pluralist focuses to derive knowledge when directing attention toward a research problem in the social sciences; that is, they advocate a philosophical foundation implying mixed methods. Creswell (2007) affirms that the resolution of a different paradigm may occur when a bright new paradigm emerges, proving more sophisticated and better informed than any previous one.

The development and evolution of the doctoral work responds to a structural mode that draws from the methodologies described by Campbell and Fiske (1959), Bryman, (2006), Tashakkori and Teddlie (2003) —it is known as a mixed methodology, uniting elements of both the qualitative and the quantitative approaches (Brewer and Hunter 1989; Patton, 1990).

A combined methodology was introduced, with qualitative elements (heuristics, case studies entailing a narrative method, theory founded on practice, and research-action), as well as quantitative elements (numerical scores on the Draw-A-Person or DAP test of Machover) in order to put these four hypotheses on trial.

Finally, a qualitative methodology was adopted by virtue of its greater capacity to explore the roots of participants’ problem areas, so as to analyze if the emotional component may have triggered the syndrome of fibromyalgia.

metodología cualitativa, visibilizando visiones de entender el mundo desde la posición del construccionismo social, por la relación que existe entre el fenómeno de investigación y el análisis que se atiende a la interacción del mismo con una pluralidad de vínculos y relaciones sociales; y del pragmatismo, principalmente por los puntos que se encuentra entre este paradigma y los métodos mixtos de investigación Cherryholmes (1992), Morgan (2007), Creswell (2007), que posibilita al investigador un marco flexible, de libertad para poder escoger, adaptar y seleccionar métodos, técnicas, procedimientos que mejor responda a las necesidades y propósito del estudio.

La metodología cualitativa se caracteriza por tres fases: didáctica (revisión de las referencias bibliográficas), práctica (estudio de campo) e inductiva (adaptación de la fase didáctica y práctica).

Se ha decidido seleccionar la metodología cuantitativa para aplicar un test proyectivo mediante el cual, se posibilite una mayor rapidez en la identificación del diagnóstico, y disminución del tiempo que transcurre desde que una persona experimenta los primeros síntomas hasta que le confirman el diagnóstico, con el principal objetivo de disminuir todas las consecuencias negativas colaterales que puede experimentar una paciente cuando no obtiene un diagnóstico rápido.

En esta investigación se ha construido la fundamentación teórica mediante una triangulación de datos desde ambos métodos (cualitativo y cuantitativo). Esta particularidad que ofrece este tipo de metodología permite poder pensar en el fenómeno de estudio, acceder a los conocimientos requeridos de los grupos (experimental y control), y darles un sentido a los resultados desde una diversidad de fuentes y recursos.

La metodología mixta por el diseño de la misma -secuencial, concurrente y transformativa (Creswell, 2007: 14) *“permite que el proceso de la investigación no sea una suma de partes de estructuras metodológicas si no que sean piezas indispensables para dar*

The general paradigm where this research is framed is heuristic, within a qualitative methodology. Accordingly, views of the world materialize from the standpoint of social constructionism, in terms of the relationship existing between a research phenomenon and the analysis of its interaction with numerous links and social relations. It is also pragmatic, sharing points with the mixed methods of research of Cherryholmes (1992), Morgan (2007), and Creswell (2007), which lend flexibility to the framework, allowing the researcher freedom to choose, adapt and select the techniques and procedures that best respond to the needs and aims of the study.

The qualitative methodology entails three phases: didactic (review of the bibliographic references), practical (field study), and inductive (adaptation of the didactic and practical phases).

The quantitative methodology served to apply a projective test that could speed diagnosis, reducing the time between the first symptoms experienced by the person and the confirmed diagnosis. This was intended to limit or alleviate any collateral negative consequences that a patient might suffer when there is not a quick diagnosis.

The present research was secured to a theoretical foundation by means of a triangulation of data from both qualitative and quantitative informational sources. This particular aspect made it possible to reflect on the phenomenon of study, access knowledge from the groups of study (control and non-control), and lend meaning to the results from a diverse body of sources and resources.

The mixed methodology, entailing sequential, concurrent and transformative

un sentido y una coherencia al problema del que se indaga en la investigación”. Hay cuatro aspectos importantes a tener en cuenta: la “sincronicidad”, “preponderancia”, “mezcla” y “teorización” (Creswell, 2009: 206).

Es pertinente subrayar que la combinación de los métodos cualitativos y cuantitativos no es equivalente, sino que tanto la recogida de información y análisis cuantitativo está siempre supeditado y condicionado al enfoque principal, el cualitativo. Con ello, los resultados no se analizan de manera independiente o separada sino teniendo en cuenta las diferentes particularidades del contexto: situacional, temporal, emocional, etc., y en su conjunto.

El problema de estudio se abordó en una primera fase desde el método cualitativo, una segunda fase nuevamente desde el método cualitativo con estrategias de recogida de información cualitativa y cuantitativa; y una última fase desde métodos de índole cuantitativa.

Es importante remarcar que los atributos cuantitativos sirven para poder reflejar la evolución a escala general sobre los dos grupos de investigación que han participado en la cuarta fase cualitativa, e ilustrar si se ha producido cambios de mejoría en uno de los grupos (el que recibió la terapia) en relación con el otro grupo (quien no lo recibió); y si se pueden determinar indicadores en el autorretrato que posibilite la identificación del síndrome (quinta fase de la investigación).

Principalmente, el método cualitativo guía el proyecto y subsiguientemente, el método cuantitativo está embebido dentro del método cualitativo.

El objetivo es poder mezclar los dos tipos de información de las diferentes fases de investigación, para integrar los conocimientos y comparar las diferentes fuentes y recursos unas con otras, y así mismo, poder generar nuevos conocimientos, que darán lugar a la construcción del cuerpo inductivo, interpretativo y conclusivo. He seleccionado este sistema para poder adquirir una amplia perspectiva del fenómeno como fruto de la

factors (Creswell, 2007: 14) lends “a new dimension to the research process. Instead of being a sum of the parts of methodological structures, they are indispensable pieces that give meaning and coherence to the problem dealt with”. There are four important aspects to take into account: “synchronicity, preponderance, mixture and theorizing” (Creswell, 2009: 206).

It should be stressed that the combination of the qualitative and quantitative methods is not equivalent. Rather, the collection of information and the quantitative analysis is dependent upon and conditioned by the main focus, which is qualitative. Thus, the results are not analyzed independently, separately; analysis takes into account the specifics of the context, be they situational, temporal, or emotional, as well as the whole, “the big picture”.

The problem of study was approached, initially, through the qualitative method. A second stage was again approached from the qualitative method with data collection strategies for qualitative and quantitative information. Finally, in the final stage methods of a quantitative nature were applied.

For these reasons it is important to underline that the quantitative attributes serve to reflect the evolution, on a general scale, of the two study groups who participated in the fourth qualitative stage; and that it may illustrate if there were in effect changes or improvements in one of the groups (the one receiving therapy) with respect to the other group (receiving no therapy), or if indicators in the self-portrait may help identify the syndrome (fifth stage of the study).

Essentially, the qualitative method guided the project. The subsequent quantitative method is imbedded in the qualitative one.

The objective is to mix the two types of information from the different research stages to integrate knowledge and compare the different sources and resources, while at the same time generate new knowledge, which will give rise to the construction of a

triangulación de las diferentes fuentes de información.

A continuación describiré dos ejemplos de cómo y para qué se ha combinado el método cualitativo y cuantitativo en una metodología mixta:

1). Cuestionarios mixtos: uso de cuestionarios que por un lado recogen información narrativa y por otro lado, datos cuantitativos, que evalúan las impresiones de las participantes sobre los posibles cambios y como lo expresan, qué valor le dan y si cree que se podría haber producido dicho cambio sin haber recibido la terapia.

2). La combinación de los talleres de arteterapia y los cuestionarios cuantitativos (ver anexos) han permitido contrastar si las usuarias han experimentado una mejoría desde el punto inicial al punto final de la terapia.

La metodología mixta ha permitido:

A). Ampliar las notas, transcripciones y resultados obtenidos desde el registro del taller y analizar en qué punto me encuentro como arteterapeuta e investigadora, y en qué punto se encuentran ellas.

B). Contrastar si las percepciones e impresiones que estoy recogiendo sobre la satisfacción de los talleres responden a las de las personas participantes.

C). Aplicar las entrevistas, transcripciones de las grabaciones, cuestionarios me han permitido marcar puntos desde donde poder pensar la información con una cierta objetividad. Son medidas orientadas para poder marcar una distancia entre el rol de investigadora y el rol de arteterapeuta, ya que he asumido de manera simultánea el mismo rol, separando las tareas según el tiempo y espacio del proceso de investigación. Por ello, he de usar estrategias que me permitan acercarme para recoger la información y distanciarme para poder analizar la misma.

body that is inductive, interpretative and conclusive. This system was selected in order that I might acquire a broad perspective of the phenomenon as a product of the triangulation of the different information sources.

In the following two examples of how and why the qualitative and quantitative methods have been combined in a mixed methods research will be described:

1). Mixed questionnaires: the use of questionnaires that on one hand collects narrative information and on the other hand, quantitative data, that evaluate the participants' impressions regarding possible changes and how they express them, what value they give them, and if they believe the changes could have taken place without therapy.

2). By combining the art therapy workshops and the quantitative questionnaires (see appendix) it's possible to confirm whether the clients have experienced improvements since the beginning of the therapy until the end of the same.

The mixed methodology allowed for:

A) Broadening the notes, transcriptions and results obtained from the register of the workshop, and analyzing at what developmental point I am as an art therapist and researcher, and at what point the participants are.

B) Contrasting to determine if the perceptions and impressions gathered about the satisfaction of participants with the workshops actually respond to those of the persons participating.

C) Application of the interviews, transcriptions of recordings, and questionnaires permitted me to take note of points from which the information can be regarded with some objectivity. These are measures oriented to mark a distance between the role of researcher and the role of art therapist, assuming simultaneously the two roles, separating the tasks according to the

D). Interpretar los datos recogidos de los atributos cuantitativos para verificar si si las personas que han recibido los talleres de arteterapia, han experimentado una mejoría en relación al grupo que no recibió el tratamiento.

E). Corroborar o refutar los hallazgos cualitativos con atributos cuantitativos, en relación a la experiencia subjetiva de las personas que sufren fibromialgia (cómo lo padecen, por qué, cómo se enfrentan a ello, qué estrategias conscientes e inconscientes utilizan, etc).

time and space of the research process. For this reason, it was necessary for me to apply strategies that allowed me to come closer in order to gather information, and gain some distance when analyzing that information.

D). Discovering if the quantitative attributes fill their main function of lending visibility, that is, shedding light and making it clearer to see if the persons who received the art therapy workshops underwent improvement with respect to the group that did not receive art therapy.

E). Confirmation or rejection of the qualitative findings with quantitative attributes, in relation with the subjective experience of the persons who suffer from fibromyalgia (how they suffer, why, how they cope, what conscious and unconscious strategies they use, etc.).

Tabla de objetivos para usar la metodología mixta:
A). Ampliar la perspectiva.
B).Profundizar en el fenómeno desde diferentes aspectos de la realidad.
C). Generar nuevos conocimientos mediante el cruce de las diferentes fuentes.
D).Exponer desde diferentes registro visuales los resultados.
E) Transformar los datos obtenidos desde las diferentes fuentes en nuevos datos resultantes.

Table of objectives in using the mixed methodology:
A) Amplify perspective.
B) Explore the phenomenon in greater depth, from different aspects of reality. Profundizar en el fenómeno desde diferentes aspectos de la realidad.
C) Generate new knowledge by crossing the different sources of information.
D) Expose the results from different visual registers.
E) Transform the data obtained from the different sources into new findings.

1.4 El cuerpo como dispositivo del dolor: revisión de la bibliografía en fibromialgia

En este capítulo se expone una visión general del concepto, evolución y epidemiología de la fibromialgia a lo largo de la historia hasta nuestros días.

Se ha recopilado una serie de posibles etiologías, entre ellas se ha realizado una limitación de todas las teorías que aparece en la literatura. Dicho limitación, principalmente se debe a que las teorías encontradas son muy numerosas, por lo que he delimitado este estudio seleccionando las que he considerado con mayor objetividad y rigor bibliográfico.

1.4.1 Síndrome de la Fibromialgia (FMS):

Este estudio trata de llenar el vacío que existe actualmente en la bibliografía sobre arteterapia y fibromialgia.

En un primer lugar, se expone una definición general sobre qué es el arteterapia; y en un segundo lugar, una definición y ontología de la fibromialgia.

De acuerdo con la Asociación Americana de Arteterapia (American Association of Art Therapy): *“el Arteterapia se basa en la creencia de que el proceso creativo desarrollado en la actividad artística es terapéutico y enriquecedor de la calidad de la vida de las personas. Arteterapia es el uso terapéutico de la actividad artística en el contexto de una relación profesional por personas que experimentan enfermedades, traumas o dificultades en la vida, así como por las personas que buscan un desarrollo personal. Por medio del hecho de crear en arte y de reflexionar sobre los procesos y trabajos artísticos resultantes, las personas pueden ampliar el conocimiento de sí y de otros, aumentar su autoestima, trabajar mejor los síntomas, estrés y experiencias traumáticas, desarrollar recursos físicos, cognitivos y emocionales y disfrutar del placer vitalizador del hacer artístico.”* (López, 2006:19).

1.4 The body as a mechanism of pain: review of the bibliography in fibromyalgia

This chapter expounds a general overview of the concept, evolution and epidemiology of fibromyalgia throughout history, to date.

A series of possible etiologies was compiled. Among them, a limitation arose: there were very numerous theories expounded, and the objectives of study called for a selection to be made. The bibliographic corpus is therefore delimited in this study in view of the works I considered to have greater objectivity and bibliographic rigor.

1.4.1 Fibromyalgia Syndrome (SFM):

This study tries to fill a void that currently exists in the literature on art therapy and fibromyalgia.

In the first place, a general definition of art therapy is offered; secondly, a definition and an ontology of fibromyalgia are formulated.

In agreement with the American Association of Art Therapy, *“art therapy is based on the belief that the creative process developed through art making has a therapeutic and enriching impact in the life quality of people. Art therapy is the therapeutic use of art making within a professional context by persons experiencing diseases, traumas or difficulties in life, as well as persons seeking personal development. By creating art and reflect upon the processes and the resulting art work people can broaden their understanding of themselves and others, increase their self-esteem, handle symptoms, stress and traumatic experiences better, develop physical, cognitive, and emotional resources, and enjoy the vitalizing pleasure of making art”* (López, 2006:19)⁸.

⁸ My translation. Original text (also to be found in the corresponding section in Spanish): “El arteterapia se basa en la creencia de que el proceso creativo desarrollado en la actividad artística es terapéutico y enriquecedor de la calidad de la vida de las personas. Arteterapia es el uso terapéutico de la actividad artística en el contexto de una

López (2006), apunta como elemento característico la creación de una nueva solución -nueva al menos para quien la crea-, y propone un descentramiento del estado de la cuestión, a través del cual el sujeto busca “otros modos” u “otras alternativas” que permitan la solución a la situación planteada.

López (2006: 18) dice que *“un aspecto importante es que el/la arteterapeuta no utiliza imágenes ni como recetas ni como test, no utiliza las imágenes como diagnóstico, ni como objetos separados de sus creadores. Las imágenes que se crean son documentos de vida, por tanto el arteterapia se basa en el respeto al ser humano, en la escucha inteligente, en la mirada atenta y en la sensibilidad del que se instala en el espacio que ofrecemos.”*

A modo aclaratorio señalar que en esta investigación, se hizo uso en la quinta fase del método del autorretrato, fuera del ámbito del arteterapia, para identificar algunas características recurrentes en la ontología de la fibromialgia y facilitar junto con otras herramientas de intervención, una identificación del síndrome.

Un hecho que incide que las personas empeoren aún más la situación que vive, es el tiempo que puede transcurrir desde que experimentan los primeros síntomas hasta que le dan un diagnóstico.

Muchas veces esto se debe a una falta de información adecuada por parte de los médicos para confirmar el diagnóstico y otras veces, se debe a la misma complejidad del síndrome que puede estar asociado hasta cuarenta síntomas diferentes de otros estado de enfermedad que crea una gran confusión tanto a los profesionales, como los familiares y personas que los sufren.

relación profesional por personas que experimentan enfermedades, traumas o dificultades en la vida, así como por las personas que buscan un desarrollo personal. Por medio del hecho de crear en arte y de reflexionar sobre los procesos y trabajos artísticos resultantes, las personas pueden ampliar el conocimiento de sí y de otros, aumentar su autoestima, trabajar mejor los síntomas, estrés y experiencias traumáticas, desarrollar recursos físicos, cognitivos y emocionales y disfrutar del placer vitalizador del hacer artístico.” (López, 2006:19).

López (2006) points to the creation of a new solution —new at least from the standpoint of its creator— as a characteristic element, and proposes that the state of the art be decentralized. So that the subject will look for “other modes” or “further alternatives” that will contribute to resolving the situation at hand.

Lopez (2006:18) states that *“one important aspect is that the art therapist does not use pictures as recipes or as tests; images are not used as diagnostic means, nor as objects separate from their creators. The images created are vital documents, and art therapy is based on the respect of the human being, on intelligent listening, on the attentive observation and on the sensitivity of the person who enters the space we offer”⁹.*

To clarify it should be pointed out that in this study, during the fifth stage, the self-portrait method was used, outside the field of art therapy, in order to identify some of the recurring characteristics in the ontology of fibromyalgia, as well as provide a tool, together with others, to identify the syndrome.

A fact that usually has a negative impact on the persons present situation is the time it can take between they experience the first symptoms until they get a diagnose.

Often this is due to the doctors’ lack of appropriate information to confirm the diagnose, and in other cases the proper complexity of the syndrome: there can be over forty different syndromes similar to other diseases which create great confusion among not just professionals, but also family members and persons suffering from the syndrome.

⁹ My translation. Original text (also to be found in the corresponding section in Spanish): “Un aspecto importante es que el/la arteterapeuta no utiliza imágenes ni como recetas ni como test, no utiliza las imágenes como diagnóstico, ni como objetos separados de sus creadores. Las imágenes que se crean son documentos de vida, por tanto el arteterapia se basa en el respeto al ser humano, en la escucha inteligente, en la mirada atenta y en la sensibilidad del que se instala en el espacio que ofrecemos” (López, 2006:18).

Las personas que sufren fibromialgia suele describir periodos de "peregrinaje" entre los diferentes profesionales del campo de la salud, y dicho tiempo de espera, puede ocasionar consecuencias muy negativas para la persona, porque puede llegar a producir altos niveles de ansiedad, estrés, miedo, desamparo vital, emociones relacionadas a una desprotección hacía el mundo que les rodea, debido a no poder tener el control de su cuerpo, de la situación y de ellos/as mismos/as. La fibromialgia no es como otras enfermedades que el médico puede diagnosticar e informar, desde su inicio, cuál será la evolución y cura. En la fibromialgia no existe la cura, el tratamiento debe de ser individualizado, la evolución es variables según el caso y las razones por lo que una persona lo sufre son desconocidas.

Fibromialgia es un síndrome neuronal caracterizado por los siguientes síntomas: fatiga, sueño no reparador, dificultades cognitivas, dolor muscular, generalizado y difuso, (Schmidt-Wilcke, 2011; Buskila, 2000); baja energía y fuerza, depresión, entre otras condiciones posibles. En el campo de la salud hay todavía profesionales quienes no están informados del síndrome, y algunos incluso dudan de si existe. Su etiología es aún desconocida y a menudo está asociada con otras enfermedades para las que no existen criterios comunes de diagnóstico y tratamiento.

Recientemente se han producido progresos significativos en relación a la patogénesis del FMS. Actualmente FMS es considerado un prototipo representativo de una sensibilización central, condición caracterizada por un aumento en la transmisión y procesamiento del dolor dentro del sistema nervioso central (Yunus, 2007).

El concepto de sensibilización central ha sido aplicado subsiguientemente a un espectro de condiciones superpuestas "funcionales" y ha sido apoyado y sostenido por las líneas convergentes de evidencia Efrati, Shai, (2014).

Su etiología, acorde con la literatura médica reciente, es todavía desconocida; algunos lo

Persons suffering from fibromyalgia usually describes periods of "pilgrimage" in between different professionals within the health system and these waiting times can affect very negative on the individual, as they may result in high level of anxiety, stress, fear, helplessness, and emotions associated to feeling unprotected by the surrounding environment. They feel they don't have control over their body, the situation and themselves. Fibromyalgia is not like other diseases where the doctor can diagnose and inform you regarding the evolution and the cure from the start. Fibromyalgia doesn't have a cure, the treatment needs to be individualized, the evolution differs from case to case and the reasons behind the syndrome are unknown.

Fibromyalgia is a neuronal syndrome characterized by the following symptoms: fatigue, muscular pain, generalized, diffuse pain, together with symptoms of fatigue, non-repairing sleep, and cognitive difficulties (Schmidt-Wilcke, 2011; Buskila, 2000); low energy and strength, depression, among other possible conditions. In the field of health care, there are still professionals who are poorly or uninformed about the syndrome, and some even question its existence. Its etiology is unknown, and it is often associated with other illnesses for which there are no common criteria of diagnosis and treatment.

Recently, substantial progress has been made with regard to the pathogenesis of FMS, in the sense that it is now considered as a representative prototype of a central sensitization, a condition characterized by an increase in the transmission and the processing of the pain within the central nervous system (Yunus, 2007).

The concept of central sensitization has been applied subsequently to a spectrum of superposed "functional" conditions, and it is supported and sustained by converging lines of evidence Efrati, Shai, (2014).

Its etiology, according to recent medical literature, is as yet unknown. Authors such

consideran como una condición neurológica como Efrati, Shai, (2014), Napadow et al (2010) y Woolf (2011) mientras otros lo describe como un defecto inmunológico como Schomberg y Olson (2012); Muller, Schneider, Stratz, (2007). Hay también quienes lo consideran como un desorden psicopatológico (Harch, Andrews y Fogarty, 2012; Neumann, Berzak y Buskila, 2000; Winfield, 1999).

Se estima que entre el 2% y 7% por cierto de la población sufre del síndrome y un 90% corresponde a mujeres, convirtiéndolo en uno de los desórdenes más comunes entre ellas (Wolf, Ross, Anderson, Russel y Hebert, 1995).

El síndrome de la fibromialgia algunas veces es conocido como el síndrome de la fatiga, quizás esto es debido al hecho que en muchas ocasiones, existe un solapamiento. Aaron, Burke & Buchwald, (2000), expone que entre el 20% y 70% de las personas que sufren fibromialgia cumple con los criterios de síndrome de fatiga crónica.

Cada vez hay más personas que sufren el síndrome de fibromialgia, pero desgraciadamente dicho aumento proporcional no se corresponde con un aumento de mejoría por parte de los servicios sanitarios. Todavía dichas personas, no encuentran aún respuestas adecuadas por parte del sistema de salud para un correcto diagnóstico, asesoramiento, acompañamiento y cura.

Las pacientes sufren fatiga, dolor, baja energía e incluso depresión y alteración del humor; se sienten continuamente cansadas y tiene un constante dolor muscular, sin una explicación orgánica.

Además, muchos profesionales aún no están bien informados sobre las características y la sintomatología de la fibromialgia y así mismo, los/las pacientes son asignados/as al terapeuta desde la presunción que tiene un tipo de sintomatología que corresponde exclusivamente a un desorden psicológico. Pero, la realidad es que la fibromialgia es un

as Efrati, Shai, (2014), Napadow et al. (2010) and Woolf (2011) hold it to be a neurological condition, whereas others describe it as an immunological defect (Schomberg and Olson, 2012; Muller, Schneider and Stratz, 2007). Still others consider it a psychopathological disorder (Harch, Andrews and Fogarty, 2012; Neumann, Berzak and Buskila, 2000; Winfield, 1999).

It is estimated that between 2% and 7% of the population suffers from this syndrome, and approximately 90% of those diagnosed are women, making it one of the most common disorders among the female population (Wolf, Ross, Anderson, Russel and Hebert, 1995).

Fibromyalgia syndrome is sometimes referred to as Chronic Fatigue Syndrome. This may be because on many occasions there are overlapping signs. Aaron, Burke & Buchwald (2000) reported that between 20% and 70% of the persons who suffer from fibromyalgia also comply with the diagnostic criteria for chronic fatigue syndrome.

Although more and more individuals suffer from fibromyalgia nowadays, this proportional growth is unfortunately not accompanied by an increasing improvement on the part of the health services. It can be said that this collective does not yet encounter adequate responses from the health system for a correct diagnosis, assessment, follow-up and cure.

The patients experience fatigue, pain, low energy and even depression or mood changes. They feel continually tired and have constant muscular pain, with no organic explanation.

Furthermore, many professionals are still not well informed about the characteristics and the symptomatology of Fibromyalgia, and thus the patients are assigned to the therapist with the presumption that they present a type of symptomatology that corresponds exclusively to a psychological disorder. In reality, however, fibromyalgia is a very complex pathological

estado patológico muy complejo, en el cual podemos encontrar diferentes subgrupos con una sintomatología específica que abarca factores tanto físicos como psicológicos.

Estudios Muller, Schneider y Stratz (2007) confirman que la fibromialgia es una entidad única sino que se podría mencionar cuatro tipos y subgrupos diferentes de fibromialgia:

Primer grupo: la persona que sufre de un claro incremento de la sensibilidad del dolor que no puede ser asociado a un desorden psiquiátrico o psicológico. Cuando empiezan a sufrir el síndrome, empiezan a padecer paralelamente problemas psicológicos relacionados con el impacto de la enfermedad, que se considera como una condición inflamatoria leve.

De acuerdo con la bibliografía sobre la etiología de la fibromialgia, esta se podría conectar con las siguientes causas: predisposición genética (vulnerabilidad del entorno genético-stress); factor hereditario; trauma secundario (por ejemplo uno de los vínculos fundantes⁸ puede sufrir de fibromialgia y este hecho puede producir un impacto traumático en el infante, que aprende a desarrollar las mismas estrategias); trauma físico y/o emocional: accidente, operación, estado prolongado de estrés, etc.

La diferencia de este grupo con respecto a los siguientes grupos que se van a mencionar estriba que en este grupo, pueden reconocer el origen de sus síntomas, el principio por el cual se desencadenó el síndrome⁹.

El segundo y tercer grupo: la persona cuyo

⁸ Hace referencia a un concepto psicoanalítico y se usa para describir la función de la figura cuidadora que puede ser la madre o padre, la persona que cumpla una función sustentante o materna. Atendiendo al concepto de estructuralismo de Lacan, dicha figura no tiene por qué corresponder a la madre biológica sino a la persona que crea un vínculo con el infante que posibilita la construcción del aparato psíquico.

⁹ El hecho que a raíz de una operación o un accidente desencadene el inicio de la fibromialgia no quiere decir que las causas, sean estrictamente físicas, puede ser que factores psicológicos, genéticos, ambientales influyen de tal manera que al unirse una serie de circunstancias desencadenen en un momento determinante el inicio del síndrome.

state, in which we may find different subtypes with a specific symptomatology that embraces both physical and psychological factors.

Studies by Muller, Schneider and Stratz (2007) confirm that fibromyalgia is not a unique entity but rather could be broken down into four types or different subgroups of Fibromyalgia:

First group: the person who suffers from a clear increase in the sensitivity to pain that cannot be associated with a psychiatric or psychological disorder. When they begin to suffer the syndrome, they start to suffer in parallel from psychological problems related with the impact of the disease, which is considered as a slight inflammatory condition.

In view of the bibliography about the etiology of fibromyalgia, this could be connected with the following causes: a genetic predisposition (vulnerability of the genetic-stress environment); a hereditary factor; secondary trauma (for instance one fundamental link¹⁰ might suffer from fibromyalgia and this could in turn produce a traumatic impact in the infant, who learns to develop the same strategies); physical and/or emotional trauma; accident, operation, prolonged state of stress, etc.

What distinguishes this first group from the other groups we will mention lies in the fact that these individuals can recognize the source of their symptoms, designate the main reason why the syndrome was triggered¹¹.

The second and third groups comprise persons whose pain can be associated with depression. There are studies that confirm the presence of a

¹⁰ This psychoanalytical concept designates the function of a caring figure who may be mother or father, the person who fulfills a sustaining or maternal function. Under the structuralism of Lacan, this figure would not necessarily correspond to the biological mother, but to the person creating a close bond with the infant who makes it possible to construct the psychic apparatus.

¹¹ The fact that an operation or accident may trigger the onset of fibromyalgia does not mean that the causes are strictly physical; psychological, genetic, and environmental factors may have an influence, so that when they are tied to a series of circumstances in a given moment, they determine to onset of the syndrome.

dolor puede ser asociado con la depresión. Hay estudios que confirman la presencia de un mismo neurotransmisor en ambos (Muller; Schneider; & Stratz, 2007).

Cuarto grupo: la fibromialgia asociada con un desorden somatoforme, con una severa manifestación de problemas psicológicos previos e insuficientes estrategias para gestionar o manejar los síntomas de la enfermedad, considerado como la razón del dolor crónico. Se podría relacionar con la siguiente etiología: somatización, conversión, factor somático funcional, abusos sexuales y/o eventos traumáticos en la infancia y también se podría relacionar con la clínica psicósomática.

Este grupo podría ser considerado como el extremo máximo de todos los subgrupos previos mencionados.

Lev-Wessel (2014) apunta también como desencadenante al trauma secundario, la transmisión a través de la madre hacia la hija. La madre sufre fibromialgia y la hija lo hereda tanto a nivel físico como psicológico que desde pequeña aprende mediante las neuronas espejos¹⁰ las estrategias de adaptación y mecanismos de defensa y los interioriza como propios.

A estos grupos establecidos por la literatura se podría incluir los postulados de las teorías de la subjetividad femenina, que señalan que la construcción social que se ha hecho en torno a la identidad femenina tiende a manifestarse como síntomas dañinos para la salud, principalmente a través del cuerpo (Távora, 2016; Corral, 2004/2009).

Considerando estas propuestas, podemos ver que no todos los pacientes con

single type of neurotransmitter in fibromyalgia and depression (Muller, Schneider & Stratz, 2007).

In the case of the fourth group, fibromyalgia is associated with a somatoform disorder, with a severe manifestation of previous psychological problems and insufficient strategies to manage or process the symptoms of the illness, considered as the root of the chronic pain. It may be related with the following etiology: somatization, conversion, functional somatic factor, sexual abuse and/or traumatic events in infancy, and may also be related with a psychosomatic clinical history.

This group could be considered as the maximum extreme of all the subgroups mentioned above.

Lev-Wessel (2014) also points out the transmission from mother to daughter as a trigger to the second trauma. The mother suffers from fibromyalgia and the daughter inherits the syndrome on a physical as well as a psychological level from her early childhood through mirror neurons¹² that teaches her adaptive strategies and defense mechanisms and she interiorize them as her own.

To these groups established by the literature you could include the ones postulated by the theories of the feminine subjectivity, which stress that the social construction made regarding the female identity tends to appear as detrimental symptoms in terms of health, specially through the body (Távora, 2016; Corral, 2004/2009).

Considering these proposals, we see that not all patients with fibromyalgia suffer from depression; likewise not all underwent sexual abuse or suffer from an increased sensitivity to

¹⁰ Cierta clase de neuronas que se activan cuando un animal ejecuta una acción y cuando observa esa misma acción al ser ejecutada por otro individuo. Las neuronas del individuo imitan como "reflejando" la acción de otro: así, el observador está él mismo realizando la acción del observado, de allí su nombre de "espejo". En el ser humano se las encuentra en el área de Broca y en la corteza parietal. En las neurociencias se supone que estas neuronas desempeñan una función importante dentro de las capacidades cognitivas ligadas a la vida social, tales como la empatía y la imitación. De aquí que algunos científicos consideren que la neurona espejo es uno de los más importantes descubrimientos de las neurociencias en la última década (Arbib, 2006).

¹² Certain type of neurons that are activated when an animal executes an action and observes this same action being executed by another individual. The individual's neurons imitate "reflecting" the other individual's action: the observer does the same as the individual being observed, thence the name "mirror". In human beings these are located in the Broca and in the parietal lobe. The neuroscientists believe these neurons have an important function within the cognitive abilities related to our social life, such as empathy and imitation. Some also consider the mirror neuron as one of the most important discoveries for the neuroscience during the past decade (Arbib, 2006).

fibromialgia sufren de depresión ni tampoco de abusos sexuales, y un aumento en la sensibilidad del dolor sin alguna asociación de un desorden psiquiátrico y psicológico, pero sí están en su mayoría condicionados por los efectos del patriarcado en la construcción territorial de la subjetividad. Y también tienen en común haber sufrido formaciones traumáticas con mayor o menor respuesta somática relacionado a factores psicológicos, y dolor crónico.

Esta es la razón por la cual se considera que debe realizarse una adecuada y profunda evaluación con miras a poder identificar inicialmente si la persona sufre fibromialgia, y en segundo lugar las características multisintomatológicas de cada persona atendiendo a los sesgos de género a la hora de interpretar la queja y el malestar subjetivo.

Una de las grandes dificultades o retos que viven diariamente las personas que sufren del síndrome de la fibromialgia, convivir con las limitaciones que la misma impone y con las no pocas dificultades que ello entraña por los cambios drásticos que experimentan en su día a día; otra de las dificultades es luchar por un reconocimiento en las diferentes esferas vitales: sociales, laborales, familiares, sentimentales, sanitarias. Todo ello, puede llegar a producir un desgaste muy alto tanto físico como emocional, porque muchas veces no encuentra apoyo o un correcto entendimiento, por ninguna de las esferas mencionadas, ocasionando en muchos casos estados depresivos, ansiosos, de asilamiento e invalidación.

Otra de las principales problemáticas que se han puesto en valor a largo de esta travesía ha sido la falta de información recogida o la falta de una información humanizada, (desde donde poder pensar al ser humano y su síntoma de una manera integral y no de manera separada como entes independientes).

Por ello este estudio pretende ofrecer una exposición que posibilite una mayor comprensión del dolor, y de la situación clínica que viven las personas que han tenido

pain without some association of a psychiatric and psychological disorder. However, most of them are conditioned by the impacts of the patriarchy in the territorial construction of subjectivity. They also have in common is having suffered from traumatic developmental experiences with a greater or lesser somatic response related to psychological factors, and chronic pain.

This is the reason why, in my opinion, there should be an adequate and profound evaluation with the intention to identify, initially, if the person suffers from fibromyalgia, and in second place the multi-symptomatological characteristics of each individual subject, taking into consideration gender bias when interpreting the subjective complaints and malaise.

Consequently, a major challenge or difficulty that must be faced daily by the persons who suffer from FMS is, first, to accept that it is irreversible; second, to live with the limitations that it imposes and the many difficulties that the drastic changes in daily routines will entail; and third, fight for recognition in the different vital spheres: social life, work, family, relationships, health... All this can come to produce a state of physical and emotional burn-out, as many do not find support or proper understanding in any of their spheres of social interaction. This often contributes to states of depression, anxiety, isolation and invalidation.

Another formidable problem encountered during this research effort was the lack of information, or more specifically a lack of humanized information (from whence to contemplate the human being and his or her symptoms in an integral fashion, not separately, as independent entities).

For this reason, the present study offers an exposition that enhances our comprehension of the pain and the clinical situation lived by persons who have had a direct relationship

una relación directa con esta investigación, y tantas otras que lucha su batalla de manera anónima. Así como, describir e interpretar la realidad de su vida cotidiana y las dificultades a las que se puede ver sometida una persona diagnosticada con este síndrome, con miras a desmitificar ciertos prejuicios, presunciones, ideas estereotipadas o mala información que se haya podido generar en torno a esta enfermedad.

1.4.2 Revisión de la bibliografía en relación al campo del arteterapia y fibromialgia:

Podemos observar una amalgama de teorías acerca de la posible etiología y desencadenantes, siendo a veces contradictorias sobre el origen, causa y cura del síndrome.

Sobre arteterapia (danza movimiento terapia), terapias creativas y fibromialgia y Fatiga Crónica, destacan la publicaciones de Cigarán (2004/2011), Bojner (2004), Vannay, (2014); Bojner; Theorell y Anderberg, (2004); Guillamó y Javierre (2010); Suraway; Roberts y Silver (2005).

Las referencias sobre arteterapia plástica y fibromialgia son muy escasas. En el campo del arteterapia plástica, el enfoque de esta investigación es único. Algunas partes de esta investigación ya han sido publicadas (Guiote, 2011/2012/2014).

La bibliografía sobre fibromialgia informa especialmente sobre las características tanto físicas como psicológicas que este colectivo puede llegar a experimentar, sin embargo, raramente se puede encontrar información que visibilice cualidades y aspectos de la subjetividad de las personas que sufren dicho síndrome.

Este estudio trata de ir más allá del diagnóstico asignado, de la catalogación estipulada y trata de adentrarse en la experiencia subjetiva de las mujeres: de qué manera se viven, se sienten, se relacionan con el dolor, cómo lo interpretan, qué sentido les da, qué relación tiene con sus vidas, con su deseo, de qué manera informan ellas su dolor,

with this research, and so many others who fight similar battles anonymously. Because describing and interpreting the reality of their everyday life and the difficulties to which a person diagnosed with fibromyalgia may be subjected, it is hoped that this contribution serves to topple certain prejudices, presumptions, stereotyped ideas or misinformation generated around this illness.

1.4.2 Review of the bibliography related with the field of art therapy and fibromyalgia:

We may observe an amalgam of theories about the possible etiology and triggers of fibromyalgia, and in some cases they are contradictory regarding the origin, cause, and cure of the syndrome.

On the subject of art therapy (dance movement therapy), creative therapies and fibromyalgia and chronic fatigue, deserving mention foremost are the publications by Cigarán (2004/2011), Bojner (2004), Vannay, (2014), Bojner, Theorell and Anderberg, (2004), Guillamó and Javierre (2010), and Suraway, Roberts and Silver (2005).

References about plastic art therapy and fibromyalgia are very scarce. In the area of plastic art therapy, the focus of this research is novel. Some parts of this research have been published previously (Guiote, 2011/2012/2014).

The bibliography about fibromyalgia emphasizes the physical and psychological characteristics that this collective may undergo. Yet they rarely address the matter of finding information that brings qualities and aspects of the subjectivity of these persons into view.

This study tries to go beyond the diagnosis assigned and the stipulated catalogue of the illness, to enter the subjective realm of experience of women. How do they live, feel, relate to pain? How do they interpret their pain, what meaning do they attribute it? What relationship does it have with their lives, their desires? How do they inform others about their pain, their resistance

las resistencias hacia el mismo, los mecanismos de defensa, que metáfora hacen del dolor a través del arteterapia, cómo construyen la metonimia del cuerpo sufriente a través de la obra creada, así como, su evolución a lo largo de los talleres.

1.4.3 Características específicas de esta investigación: pluralidad del síndrome, entrelazamiento de subjetividades e individualización.

A continuación se van a enumerar una serie de características:

A). La fibromialgia no es un síndrome homogéneo sino plural. Una de las principales (que se incluye en el apartado de revisión bibliográfica y dentro del cuerpo conclusivo) es la importancia de tener en cuenta que existe diferentes subgrupos dentro de la fibromialgia, cada uno de ellos con unos atributos específicos (una personas puede presentar atributos de uno solo, o de varios subgrupos simultáneamente). Estas variables o peculiaridades inciden tanto en la orientación, intervención de la terapia, como en el efecto de la misma en relación a los temas, reflexiones, conclusiones y resultados obtenidos.

B). En los temas, ideas, reflexiones y conclusiones de esta investigación se entrelazan la singularidad de cada una de las subjetividades que han participado, con la interacción grupal.

C). En esta investigación se construirá una descripción individualizada de cada uno de los estudios de caso, reuniendo las características de la misma con miras a poder entender mejor los atributos de los estudios de caso en relación a los subgrupos que existen en fibromialgia, iniciándose así esbozos o análisis piloto que permitan a futuras investigaciones poder continuar la investigación dentro de un grupo específico y esclarecer si las principales problemáticas emocionales que pueden haber incidido como desencadenante de la fibromialgia,

to pain, the defense mechanisms involved? What metaphors can be formulated through art therapy, and how can they construct the metonymy of the suffering body through a creative work of creation? And also, how do they evolve over the period of participating in the workshops?

1.4.3 Characteristics of the research study: Plurality of the syndrome, intertwining of subjectivities and individualization

In the following a serie of characteristics will be numbered:

A). A main feature (included in the section on bibliographic review and in the conclusive corpus) is the importance of bearing in mind that there are different subgroups within fibromyalgia, each one having specific attributes (some persons may present attributes of only one, others of various subgroups at the same time). These variables or peculiarities bear an impact on the orientation, the therapeutic intervention and the effect of the therapy, in light of the topics, reflections, conclusions and results obtained.

B). In the subject matter, ideas, reflections and conclusions of this research, the singularity of each one of the participating subjects is interwoven with the group interaction.

C). In this research, a description of each one of the case studies is constructed, gathering the individual characteristics in order to better understand the attributes of the case studies with regard to the fibromyalgia subgroups, thereby initiating schematic or pilot analyses that may allow future researchers to continue along these lines within a specific group. The eventual aim is to clarify whether the main emotional problems that may be found to trigger fibromyalgia, or condition its intensity or chronicity, actually are common to or distinctive of each group or subgroup.

así como, en su intensidad o cronicidad son comunes, o son distintivas de cada grupo o subgrupo.

D). En esta investigación se ha usado el software Nivo10 y SPSS para el tratamiento de datos cualitativos, con el principal objetivo de poder disminuir los posibles sesgos que pueda producirse ante el hecho que la investigadora y la arteterapeuta encarna los dos roles; y para llevar a cabo la fase inductiva de la metodología cualitativa y la obtención de resultados de los atributos cuantitativos.

E). Los Anexos incluyen cinco apartados:

(E.1) Modelo de aceptación de participación de la investigación.

(E.2) Los modelos de medición de los atributos (médicos, farmacológicos, psicológicos, calidad de vida, relaciones sociales, etc.) de las participantes.

(E.3) Los diarios artísticos.

(E.4) Las transcripciones de las entrevistas.

(E.5) Las imágenes del estudio del autorretrato.

F). Constituye la primera tesis con mención internacional en este campo de investigación, siendo también la primera para las universidades que participan en este proyecto de investigación.

G). Esta investigación aúna diferentes tipos de objetivos: cuerpo teórico; cuerpo práctico; científico y de carácter laboral-profesionalizante.

Trabaja varios frentes: por un lado, trata de construir el cuerpo teórico mediante la teoría fundamentada de la práctica; por otro lado, ofrecer un campo de investigación novedoso en la actualidad; así como, paralelamente apuesta por la visibilización de la figura del arteterapeuta en los diversos campos de la salud mediante una práctica basada en el rigor y mediante la práctica en instituciones relacionadas a la salud y a la investigación con personas que sufren fibromialgia (asociación de Fibromialgia, AGRAFIM; el hospital público Virgen de las Nieves, área de

D). For the purposes of this study, the softwares Nivo10 and SPSS were used to deal with the qualitative data. The main reason was to reduce any possible bias that could stem from the fact that the researcher and the art therapist represent two roles, meaning inherent difficulties in analyzing and interpreting the information in an objective manner, without being misled or influenced by the bibliography, or by the subjective experience deriving from the workshops.

E). The annex comprises five parts:

(E.1) The works or objects resulting from the workshops.

(E.2) The models for measuring the attributes (medical, pharmacological, psychological, quality of life, social relations, etc.) of the participants.

(E.3) The artistic diaries.

(E.4) The transcriptions of the interviews.

(E.5) The drawings of the self-portrait study.

F). This constitutes the first PhD Thesis of international mention in this research field and for the universities participating in the research project.

G). This research embraces diverse types of objectives: theoretical corpus, practical corpus, scientific, and professional character.

It deals with several facets. On the one hand, it tries to construct the theoretical corpus by means of theory founded on praxis. And at the same time, it explores a novel field of research, and it enhances the visibility of the art therapist as a significant figure in the field of health care, by means of a practice based on rigor and the activity in institutions related to the health care and research concerning persons who suffer from fibromyalgia. (These include the Fibromyalgia Association, AGRAFIM; the public hospital Virgen de las Nieves, the area of Mental

Salud Mental en Granada; Hospital privado Assaf en Tel Aviv dirigido por “Emili Sagol Creatives Arts Therapies Research Center” de la Universidad de Haifa, Israel).

El proceso de investigación ha ido remodelándose y construyéndose en relación a una variedad de factores como: realidad del colectivo (complejidades, sintomatología, contexto, centros, característica de los estudios de casos...); fases del estudio (hay un total de cinco acciones en investigación); los diferentes departamentos de investigación en arteterapia (Granada, Londres e Israel).

El interés que ha despertado el proyecto en los diferentes departamentos de investigación de diferentes universidades, ha posibilitado poder colaborar con diferentes grupos de investigación y ello ha derivado por un lado:

1). Una adaptación del proyecto en función de la orientación metodológica predominante de los departamentos (adaptación alude a cómo dichos departamentos piensan y consideran más adecuados unos métodos a otros para obtener, analizar e interpretar la información solicitada).

2). La necesidad de utilizar una metodología mixta y estrategias de recogida de información mixta, para poder dar respuesta de una manera coherente, cohesionada y constructivamente tanto a la realidad de estudio investigado como a las diferentes posibilidades, recursos y modos de hacer ante un problema de investigación de estas características.

También se han incluido dentro del currículo educativo en el contexto universitario, contenidos de esta investigación. En College’s University, Haifa University se ha impartido docencias y talleres relacionados con el tema de investigación; y en la Universidad de Granada se han creado seis cursos especializados en arteterapia y sus aplicaciones en el campo clínico, educativo y social, de los cuales, he coordinado y participado con contenidos de la investigación.

También nombrar la aceptación e inclusión de este material de investigación por parte de

Health in Granada; the private hospital Assaf in Tel Aviv directed by Emili Sagol, and the Creative Arts Therapies Research Center of the University of Haifa, Israel).

The research process was re-modelled and adapted to accommodate a variety of factors, which included: the reality of the collective (complexes, symptomatology, context, centers, characteristics of the case studies); stages of the study (a total of five research actions); and my involvement in the different research departments in art therapy (Granada, Madrid, London, and Israel).

The interest sparked by the project in the various University research departments provided me the opportunity to collaborate with different research groups, which gave rise to:

1). Adaptation of the project in view of the predominating methodological orientation of the departments in question. In other words, consideration was given to how a given department perceived one method as more adequate for the acquisition, analysis and interpretation of the information requested.

2). The need to use a mixed methodology and mixed data collection strategies, in order to respond in a coherent and constructive manner to the reality studied and the various possibilities, resources and modes of action in the face of a research problem of these characteristics.

The methodology used and the evolution of the project have attracted the interest of a number of universities that have included educational contents involved in this research in their own academic curricula. In the University College London, University of Haifa, for example, classes and workshops related with the research topic have been imparted, and the University of Granada has created six courses specializing in art therapy and its applications to the clinical, educational and social realms. In addition to coordinating the courses, I participate with contents of this research.

diversos congresos y revistas especializadas en el campo del arteterapia.

Por último, dada la alta demanda solicitada por los estudiantes que han cursado los cursos de arteterapia a una formación más profunda y profesionalizante de esta disciplina, se ha impulsado la primera Edición del “Master en Arteterapia, Mediación Artística para la inclusión social, clínica y psicoeducativo” por la Facultad de Bellas Artes, en la Universidad de Granada durante los años del 2016 al 2018. Proyecto que coordino y donde participo como docente impartiendo contenidos relacionados con esta investigación doctoral.

1.5 Justificación del por qué este estudio debe ser añadida a la investigación académica y a la literatura de este campo

La justificación puede fundamentarse desde diferentes ejes:

1). En un primer lugar, teniendo en cuenta al vacío bibliográfico que existe en el campo de arteterapia, considero que esta investigación puede ayudar tanto a los investigadores como a los profesionales del campo del arteterapia, así como, de diferentes campos de la salud, a comprender en mayor profundidad la complejidad que dicho síndrome entraña. También puede ser accesible a cualquier persona que sufra el síndrome o que esté interesado en el mismo por tener algún familiar que lo sufra y desee adquirir competencias y conocimientos en la materia.

2). En un segundo lugar, considero que puede servir como un marco referencial donde se visibiliza la práctica del arteterapia dentro de un encuadre metodológico, desde el cual poder tener en cuenta a la hora de intervenir a otros profesionales del campo de la salud.

Likewise deserving mention here is the acceptance and inclusion of this research material in international congresses and specialized journals in the field of art therapy.

Finally, given the high demand for courses in art therapy that we encountered, and the demand for a deeper and more professional offerings within this discipline, the first edition of “Master in art therapy: Artistic mediation for social, clinical and psycho-educational inclusion” has been implemented in the Faculty of Fine Arts in the University of Granada during the year 2016 through 2018. I am the coordinator of the projects and I have also been participated as a teacher using material from this doctoral research, in accordance with the stipulated curriculum.

1.5 Justification as to why this study should be added to the academic research and literature in this field

The justification for inclusion may be sustained by one of two axes:

1). Firstly, taking into account the bibliographic gap existing in the field of plastic art therapy, I consider that this research may aid both researchers and art therapy professionals, as well as health care professionals, to better grasp the complexity inherent to this syndrome. It might also become accessible for any person who suffers from the syndrome, or is interested because a family member suffers from it, and wishes to acquire competence and knowledge of the subject matter.

2). Secondly, I believe that this may serve as a framework of reference where Art Therapy becomes visible as a practice with a methodological foundation, so that it can be taken into account by other health care professionals when they intervene.

1.6 Articulaciones del lenguaje del dolor: somatizaciones y fibromialgia, criterios clínicos y nosológicos

En este capítulo se va a exponer sintomatología de la fibromialgia que aparecen con más frecuencia tanto en los estudios de casos que se ha trabajado en el estudio de campo, como en las referencias bibliográficas, “las somatizaciones”. Citaré algunos de los términos que nos encontramos en la literatura para referirse a las enfermedades que tienen componentes psicológicos y/o síntomas que no pueden explicarse de forma médica clara. Esta revisión ayudará a entender mejor el lugar donde algunos autores “encasillan” hoy en día a la fibromialgia, así como los criterios clínicos y nosológicos de dicho diagnóstico.

Dentro del apartado de somatizaciones explicaré diferentes procesos, y tipos, que oscilan desde respuestas somáticas, síndrome funcional, clínica psicósomática y trastornos conversivos, entre otros.

Así, diferenciaré términos como:

A). Trastornos Somatoformes (DSMIII-R / DSM IV) (Caballero, 2002; Caballero, 2002; Janka, 2005);

B). Trastornos por Somatización (DSMIII-R / DSM IV) (Guze, 1975; Flor-Henry P, Fromm-Auch, Tapper, et al.1981; Kirmayer y Robbins, 1991; Caballero, 2006).

C). Somatización/Trastorno conversivo. (Breuer y Freud, 1893; Kellner, 1991; Caballero, 2005, Lazare, 1981).

D). Trastornos somatomorfos indiferenciado. (Caballero, 2002; ICD-10, 1992; DSM-IV, 1994).

E). Dolor somatoforme. (Simon, 1991; CIE-10; Caballero, 2002; Barsky, Wyshak, 1990).

F). Síndromes somáticos funcionales.

1.6 Expressions of the language of pain: somatization and fibromyalgia, clinical and nosological criteria

This chapter pays special attention to one of the symptoms of fibromyalgia that appears most frequently in the case studies dealt with here, in our field study, as well as in the bibliographic references —“somatizations”.

In this chapter I will cite some of the terms that we find in the literature to refer to the illnesses that have psychological components and/or symptoms that may not be explained easily in medical terms. This review will help the reader better understand the place where some authors “categorize” or “box in” fibromyalgia, and the clinical and nosological criteria of such a diagnosis.

Within the section on somatization, different processes and types will be explained. They range from somatic responses to functional syndrome, and from psychosomatics to conversion disorders, among others.

At this point, it is beneficial to distinguish terms such as:

A). Somatoform Disorders (DSMIII-R / DSM IV) (Caballero, 2002; Caballero, 2002; Janka 2005);

B). Disorders by Somatization (DSMIII-R / DSM IV) (Guze, 1975; Flor-Henry P, Fromm-Auch D, Tapper M, et al., 1981 ; Kirmayer and Robbins, 1991; Caballero, 2006).

C). Somatization/Conversion disorder (Breuer and Freud, 1893; Kellner, 1991; Caballero, 2005; Lazare, 1981).

D). Indifferentiated Somatomorphic Disorders (Caballero, 2002; ICD-10, 1992; DSM-IV, 1994).

E). Somatoform Pain (Simon, 1991; CIE-10; Caballero, 2002; Barsky, Wyshak, 1990).

F). Functional Somatic Syndromes

(Caballero, 2002/2008; Caballero, 1995; Kirmayer; Robbins, 1991; Barsky, Borus, 1999; Barsky, Borus, 1999).

- Síndrome de Fatiga Crónica.
- Fibromialgia
- Síndrome de intestino irritable.

Se describirá con detalle cada uno de los procesos con sus correspondientes teorías explicativas y sus posibles relaciones con la etiología, sintomatología frecuentemente y criterios nosológicos encontrada en las referencias bibliográficas en este campo de estudio.

El primer objetivo de este capítulo es poder comprender la situación clínica que viven las personas que se han embarcado en este proyecto, y tantas otras que lucha su batalla de manera anónima, a veces con algunos recursos y otras sin ningún recurso ante las enormes dificultades que entraña este estado de enfermedad.

Una persona puede llegar a sufrir hasta cuarenta síntomas diferentes y alcanzar una extrema mala calidad de vida, quedando invalidada.

Así mismo, a veces cuenta con algo apoyo (principalmente de la familia) y otras sin ningún apoyo familiar, médico, y social, siendo postergadas a un aislamiento social y estigmatizadas por el síntoma.

El segundo objetivo es poder acercar al lector a la realidad de su vida cotidiana y las dificultades a las que puede ver sometida una personas diagnosticada con este síndrome, con miras a poder desmitificar ciertos prejuicios, presunciones, ideas estereotipadas o mala información que se haya podido generar en torno a la veracidad o no de este estado de enfermedad.

(Caballero, 2002/2008; Caballero, 1995; Kirmayer; Robbins, 1991; Barsky, Borus, 1999; Barsky, Borus, 1999).

- Chronic Fatigue Syndrome.
- Fibromyalgia.
- Irritable Intestine Syndrome.

Throughout this chapter I will describe in detail each one of the above processes along with the corresponding theories that attempt to explain it and its possible relations with the ethology, frequent symptomatology, and nosological criteria found in the bibliographic references in this field of study.

The primary objective of this chapter is to comprehend the clinical situation experienced by the persons who participated in launching this project, and many others who fight their battles anonymously, at times with certain resources and other times with no resources, facing enormous difficulties that accompany the state of illness.

One person may come to suffer as many as forty different symptoms, and be trapped in a very low quality of life, or become disabled.

At times they have the support of others, most notably their family members; yet in other cases there is no family, medical or social support, and the symptoms leave the individual isolated and stigmatized.

The second objective is to bring the reader closer to the reality of their daily life and the difficulties encountered by persons diagnosed with this syndrome. This may serve to "de-bunk" certain prejudices, presumptions, stereotyped notions or misinformation that may have been generated regarding the veracity of this state of illness.

1.7 Las huellas del dolor como síntoma de la subjetividad femenina: revisión de conceptos claves del método del psicoanálisis, psicopatización y género

Se realizará un análisis de la fibromialgia mediante la selección de conceptos claves en género y psicoanálisis para comprender previamente a la exposición del cuerpo práctico, ciertas características y rasgos que podrían ser comunes en la personalidad de las pacientes, con el objetivo de poder pensar el conflicto, la estructura psíquica, al sujeto y para tratar de construir un cuerpo explicativo que me ayude a llevar a cabo funciones y la tarea dentro del marco práctico de la investigación.

Método psicoanalítico: Dentro de la perspectiva psicoanalítica, se ha dado especial importancia a la construcción de la subjetividad del niño/a, sus deseos, su evolución psicosexual (no cronológica), el surgimiento de sus fantasías y, especialmente, el lugar del niño/a en la fantasía de los vínculos fundantes y cómo esta alteridad ha sido introyectada en el propio niño/a. (Freud, 1904; Coderch, 1987 Klein, 1923). Presta especial atención a las relaciones objetales y cómo las mismas pueden ser reactivadas mediante la relación transferencial en un marco terapéutico. El/la terapeuta hace uso de la transferencia como medio de herramienta para acceder tanto al inconsciente como a vías para poder orientar la cura. Así como, hace uso de la confrontación, clarificación e interpretación del material consciente e inconsciente para la resolución de conflictos. Se apoya en la experiencia de la propia individualidad y autonomía, en el resultado de las experiencias complementarias de entender y ser entendido (Coderch, 1987).

Psicopatización: El dolor físico es un reflejo somático del dolor emocional, que no se expresa y que es inconsciente. Freud (1986/1994); Lacan (1967) apuestan también por la abundante conexión entre factores psicológicos y somáticos, incluyendo la

1.7 The footprints of pain as a symptom of the feminine subjectivity: revision of key concepts of tools like psychoanalysis, psychosomatics and gender

An analysis of fibromyalgia will be made using a selection of key concepts of gender and psychoanalysis to previously comprehend the presentation of the practical body, specific characteristics and features that might be common among the personalities of the patients. The objective is to analyze the conflict, the psychological structure, persons and to try to build an explanatory base to help me complete the functions and tasks within the practical part of the investigation.

Psychoanalytical method: Within the psychoanalytical perspective, what we underline is the construction of the subjectivity of the girl or boy, their desires, their psychosexual evolution (not chronological), the emergence of fantasies, and especially, the place that the child occupies in the fantasy of bonding links and how this otherness is introjected into the child itself (Freud, 1904; Coderch, 1987; Klein, 1923). The psychoanalytical method places special emphasis on the objectual relations and how they may be reactivated by means of the transferential relationship in a therapeutic context. The Therapist makes use of transference as a means of gaining access to the subconscious and in order to orient the curative process. Thus, use is made of confrontation, clarification and interpretation of the conscious or subconscious material for the resolution of conflicts. The therapist is supported by the experience of the individual as an autonomous being, and by the results of complementary experiences in understanding and being understood (Coderch, 1987).

Psychosomatics: Physical pain is a somatic reflection of emotional pain that is not expressed and resides in the subconscious (Freud, 1986/1994; Lacan, 1967). There is an abundant connection between psychological and somatic factors, including the greater incidence of psychological suffering in the

mayor incidencia de sufrimiento psicológico en los antecedentes de pacientes que sufren de fibromialgia.

Teniendo en cuenta que existen diferentes subgrupos de fibromialgia, se reflexiona desde diferentes posibles cuadros:

A). Síndrome funcional, trastornos conversivos, somatizaciones (Freud, 1895; Alexander, 1998) y la Escuela de Chicago.

B). Sin causa orgánica, corriente de psicoanalistas y profesionales en el campo de la salud, que creen que la fibromialgia es una evolución de la enfermedad de la "histeria" que Freud trataba (Breuer y Freud, 1893; Martin, 1985; Charcot citado en Barrera, M; Francisco, J; Guerrero, H; Aguirre, A, 2005).

C). Clínica psicosomática, teniendo en común en cada uno de los pasajes respuestas de somatización (López; Martínez; Piñero; Távora; Martin; Argente; Martínez, 1989).

Perspectiva feminista del arteterapia: Analiza diversas situaciones de conflicto y las instituciones que enmarcan estas situaciones. Conceptos y teoría que se incluyen en esta investigación informan de constructos político, culturales, sociales, educacionales y artísticos para visibilizar la situación de opresión Olesen, (2000) y malestar que puede padecer las mujeres que sufren enfermedades que afectan principalmente al género femenino.

Se revisa y analiza desde las teorías de la subjetividad femenina, de género, hasta las teorías feministas del arteterapia, la construcción de un modo de sociabilización, valores inherentes asociados a los géneros, así como, la construcción de un discurso hegemónico, legado de una cultura patriarcal y las repercusiones que tiene en la construcción de la identidad, tanto a nivel individual como social. (Beauvoir, 2008; Benjamin, 1996; Amorós, 1988; Sanz, 1995; López, 2009/2012; Levinton, 2003/2009; Távora, 2007; Hogan, 1997).

antecedents of patients who suffer from fibromyalgia.

Taking into account the different subgroups established above for fibromyalgia, we may proceed to contemplate different standpoints or clinical expressions:

A). Functional syndrome, conversion disorders, Freudian somatizations. (1895); Alexander, (1998) and the School of Chicago.

B). Lacking an organic cause, the psychoanalytical current and health care professional trend, that hold fibromyalgia to be an evolution of the disease known as hysteria in Freud's setting (Breuer and Freud, 1893; Martin, 1985; Charcot cited in Barrera, M; Francisco, J; Guerrero, H; Aguirre, A, 2005).

C). Psychosomatic clinical presentation, bearing in mind each one of the response passages of somatization (López; Martinez; Piñero; Távora; Martin; Argente; Martinez, 1989).

Feminist perspective in art therapy: It analyzes diverse situations involving conflict and the institutions where these situations take place. Concepts and theory are included in this research to inform about political constructs, cultural constructs and social, educational and artistic constructs to make visible the situation of oppression (Olesen, 2000) and ill-being that may affect women who suffer from illnesses that are more frequent among females.

I review and analyze the theories of feminine subjectivity up to the feminist theories of art therapy, the construction of a mode of sociabilization, values inherently associated with gender, and the construction of a hegemonical discourse, a legacy of a patriarchal culture and the repercussions that they have for the construction of the identity, both at the individual and at the social level (Beauvoir, 1949; Benjamin, 1996; Amorós, 1988; Sanz, 1995; López, 2009/2012; Levinton, 2003/2009; Távora, 2009; Hogan, 1997).

1.8 La transformación del dolor en símbolo, el arteterapia como instrumento de intervención en fibromialgia.

En este capítulo se va exponer el modelo de intervención seleccionado, arteterapia: definición, claves del setting, características del proceso arteterapéutico, los beneficios que puede aportar la intervención en arteterapia con el colectivo que sufre fibromialgia y estados de malestar en relación al cuerpo sufriente, en relación a una reducción y alivio de la sintomatología.

CUERPO EXPERIMENTAL DE LA INVESTIGACIÓN DOCTORAL

1.9 Análisis de la propuesta de intervención en arteterapia con mujeres que sufren fibromialgia:

El estudio se compone de diversas acciones en investigación. La manera de usar el método responde a un proceso circular en el cual, tras una primera acción de investigación se utiliza la información extraída para diseñar la siguiente acción, tratando de conciliar los diferentes puntos de vista de análisis de los diferentes profesionales que han colaborado, así como, tratando de conciliar a su vez, las necesidades y requerimientos que las personas involucradas han manifestado, entrelazándolo todo con el propio punto de vista de la investigadora.

Es un proceso cíclico, donde se entrelaza una acción con otra, por ejemplo, la segunda fase de investigación acción es consecuencia de la primera, y la tercera fase de investigación acción es resultado de la dos fases anteriores y conforme se diseña la misma, se explica porque se ha decidido suprimir ciertas estrategias o modificarlas por otras, cualquier cambio producido; así como, se reflexiona sobre la distancia que hay desde la primera fase hasta la última y se expone una mirada retrospectiva de la evolución de la propuesta.

En este apartado se describirá todo el proceso

1.8 Transforming the pain to symbols, art therapy as a tool to treat fibromyalgia.

This chapter will present the chosen method of treatment, art therapy: En este capítulo se va exponer el modelo de intervención seleccionado, arteterapia: definition, keys for the setting, features of the art therapy process, the benefits the art therapy method may have for persons suffering from fibromyalgia and the malaises in relation to the suffering body in order to reduce and alleviate the symptoms.

PRACTICAL CORPUS OF THE DOCTORAL RESEARCH.

1.9 Analysis of the proposal for art therapy intervention with women suffering from fibromyalgia:

The study is made up of diverse research activities. The manner of using the method responds to a circular process in which, after an initial research action, the information extracted is used to design the following action, trying to reconcile the different analytical viewpoints of the collaborating professions. At the same time, we sought to reconcile the needs and requirements that the participants made manifest, connecting the whole with the viewpoint of the researcher.

This is why the project should be seen as a cyclical process. One action is necessarily linked to another; the second stage of research action is a consequence of the first, and the third stage of research activity is the result of the two previous ones. According to this design, one may decide to omit certain strategies or modify them, replacing them with others, or introducing other changes. Furthermore, one has the opportunity to reflect over the time-distance that spans from the first research stage to the final one, and can develop a retrospective vision of the proposal's evolution.

The next subsection describes the process

del cuerpo práctico de la investigación, cada una de las fases con la correspondiente justificación de las mismas. En todo momento se ha tratado de manifestar una transparencia y claridad de cada uno de los pasos que se ha dado. A lo largo de la investigación explicaré tanto los aciertos como los fallos, los aspectos beneficiosos como los errores o equivocaciones, las posibilidades que se han encontrado en este laboratorio de arteterapia como las limitaciones y tiempos o espacios “vacíos” sin comprender.

Se describirá la distancia que existe desde el punto de partida hasta el punto final, las expectativas o creencias previas a la intervenciones y los resultados obtenidos; las necesidades que el colectivo ha ido demandando de cambiar la estructura inicial metodológica; elementos que se han eliminado y otros que se han añadido porque se ha considerado adecuado para dar respuesta a la realidad con la que se trabajaba; así como, explicaré las razones de dichas decisiones; las reflexiones que se han construido en torno a la interacción de diferentes profesionales del campo de la salud que han participado; describiré la experiencia desde la perspectiva de las personas que han participado, y desde la experiencia de la investigadora-arteterapeuta.

En definitiva se tratará de demostrar, que las voces de las pacientes y la investigadora-arteterapeuta, se encuentran en el espacio donde no se puede nombrar las emociones. El espacio donde solo el cuerpo sufriente conoce la metáfora de su dolor y lo desvela en el singular y único vínculo con el proceso creador.

Uno de los objetivos es narrar la realidad de lo acontecido, y sobre todo, mostrar las reflexiones aprendidas de las protagonistas de este estudio.

Este paso desde el no saber a aprender conjuntamente con las pacientes, -y generar conocimientos en relación a la interacción entre proceso creador, terapeuta y participantes-, ha posibilitado mejorar mi práctica como investigadora y profesional.

of the practical corpus of research, justifying each one of the stages. Overall, a consistent attempt was made to clearly show every step taken. The period of research contained positive and negative aspects, things that worked well or went wrong. I will acknowledge and explain the beneficial aspects as well as errors detected along the way, and the possibilities that the laboratory of art therapy provided as well as any limitations, and the “empty” times and spaces that did not lead to heightened comprehension.

Also to be discussed is the distance existing from the starting point to the finish line, the expectations or beliefs previous to the interventions and the results obtained, the necessities that the collective gradually demanded, implying modifications of the initial methodological structure. Some elements were eliminated and others were added because they were considered adequate to respond to the reality of the work situation. I will explain the reasoning behind such decisions, and reflections constructed around the interaction of different health care professionals that participated. Furthermore, I hold it essential to describe the experience from the perspective of the persons participating, as well as from the standpoint of the art therapist/researcher.

In short, this endeavor consists of demonstrating that the voices of the participants and the art therapist/researcher can be found in that space where emotions receive no name, a place where only the human body can acknowledge the metaphor of its pain, and reveal it through a single, unique link with the creative process.

In addition to narrating the reality of what we encountered or experienced, a main objective was to express the reflections that came from the protagonists of this study.

This important step from not knowing toward learning together with the participants—while generating knowledge with regard to the interaction between the creative process and between therapist and participants—enabled me to improve my practice as a researcher and as a professional therapist.

Por un lado, el proceso de constante movimiento de readaptación, recreación, de estar sujeta al inconsciente de las personas que se atiende, no podría tener lugar si no estuviese respaldada por un marco metodológico flexible, versátil, que me permita una libertad de estructuración, selección y combinación de métodos.

Por otro lado, nombrar que una de las grandes dificultades presentadas a nivel metodológico, giraba en torno al hecho de que la investigadora cumpliera el mismo rol que la arteterapeuta que lleva a cabo los talleres.

Actualmente existe en la literatura diferentes posiciones por las cuales abordar dicha dificultad, desde orientaciones donde funde ambos roles en todo momento hasta otras orientaciones donde consideran más

On one hand the process, constantly changing, to readapt, recreate, and being fixed by the subconscious of the treated persons, would not have been possible without being backed by a flexible methodological framework, versatile, the allowed for a free structure, selection and combination of methods.

I would furthermore like to point out that one of the great difficulties looming at the methodological level stemmed from the fact that the researcher fulfilled a parallel function to that of the art therapist who led the workshops.

At present the literature documents different positions from which to approach this difficulty. Some orientations fuse the two roles at all times, whereas other approaches consider working separately to be more



adecuado trabajarlos de manera separada (Hernández, 2008; McNiff, 1998; Malchiodi, 1985).

En este proyecto se ha trabajado separando las tareas de los roles arteterapeuta e investigadora:

Doble rol dentro de la investigación:

1) Dentro del espacio del taller he desempeñado la función de arteterapeuta, utilizando una serie de estrategias como: grabadora, observación participante, funciones de acompañamiento, sostén,

appropriate (Hernández, 2008; McNiff, 1998; Malchiodi, 1985).

In this project, we worked separating the tasks of the roles of art therapist and researcher.

The dual role of the investigator can be summed up as:

1) Within the space of the workshop, I performed the function of the art therapist, utilizing a series of strategies (taping, active observation, accompanying, support, orienting tasks and providing feedback on

orientación de la tarea y devoluciones de aspectos relevantes del proceso creador y la obra creada. Método cualitativo, investigación-acción, heurístico, estudios de casos.

2) Fuera de los talleres he intervenido como investigadora: notas después del taller, registro cualitativo; fotografías de la obra y diario artístico de las participantes; análisis e interpretando de la información recogida mediante la lectura de las notas tomadas al final de los talleres; transcripciones de las entrevista y de los talleres; análisis de las imágenes; categorización de la información interna (exclusiva del estudio de campo) e información externa (literatura) a través de un sistema informático. Método mixto, teoría fundamentada en la práctica.

relevant aspects of the creative process and the work created). This entailed the qualitative method, of investigation-action, heuristics, and case studies.

2) Outside the workshops I intervened as a researcher: notes after the workshop, qualitative register; photographs of the work and artistic diaries of participants; analysis and interpretation of the information gathered by reading the notes taken at the end of the workshops; transcriptions of the interviews and workshops; analysis of drawings; and categorization of the internal information (exclusive of the field study) and external information (literature) through a computer system. This entailed a mixed method, theory founded on praxis.

Tabla roles:

Tanto las transcripción de los talleres, la transcripción de las entrevistas, como las narrativas escritas por las participantes, y su posterior categorización de los atributos de las mimas mediante el Nivo10 software, ha permitido construir un punto donde poder crear una distancia entre ambos roles, por el cual, poder diferenciar ambas funciones y poder abordar cada una de las tareas con la mayor objetividad y rigor posible, con el fin de disminuir los sesgos que pueden producirse de un campo a otro y los mismos

Table of roles:

The workshop and interview transcriptions and the narrative pieces written by the participants, and their posterior computerized categorization according to attributes, allowed me to construct a standpoint affording some distance between the two roles. This made it possible to differentiate the two functions and approach each one of the tasks with the greatest objectivity and rigor possible, so as to reduce the bias that may be produced in one field or the other. The same goes for the literature consulted.

<p>1) Dentro de los talleres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabar la información - Observación participativa - Evaluación del dolor y fatiga crónica - Recogida de diarios artísticos - Acompañamiento - Sostén - Orientación de la tarea - Devoluciones - Método: cualitativo, investigación-acción heurístico y estudios de casos. 	<p>1) Fuera de los talleres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notas del talleres - Registro cualitativo - Fotografías de la obra - Transcripciones de las entrevista - Análisis de las narrativas y de los diarios artísticos - Análisis de las imágenes - Categorización de la información interna (exclusiva del estudio de campo) e información externa (literatura) - Método mixto, teoría fundamentada en la práctica 	<p>1) Within workshops:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Record information - Active observation - Evaluation of chronic fatigue and pain - Collection of artistic diaries - Company - Support - Orientation for tasks - Feedback - Method: qualitative, research-action, heuristics and case study 	<p>1) Outside workshops:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notes on workshops - Qualitative register - Photographs of work - Transcriptions of interviews - Analysis of narrative and artistic diaries - Analysis of drawings - Categorization of internal information (exclusive of field study) and external information (literature) - Mixed method, theory founded on practice
---	--	--	---

en relación con la literatura.

Este método posibilita comprobar si las percepciones de la arteterapeuta dentro del taller, (observación participante y notas de los talleres) son parecidas o difiere de la realidad con la que se ha trabajado mediante la categorización realizada.

1.9.1 Encuadre:

En este apartado se van a mencionar las cinco diferentes acciones en arteterapia, describiendo los siguientes apartados:

-Lugar institucional: características del mismo, toma de contacto, presentación de propuesta, grupo de profesionales que participan.

-Tiempo institucional de los talleres: estructura de los talleres.

-Características de las participantes.

-Desarrollo de la propuesta de intervención.

-Análisis.

-Resultados.

-Conclusiones.

1.9.2 Resultados:

Se presentará los resultados del estudio de campo de cada una de las fases.

En primer lugar, se van a mostrar los resultados de los atributos cuantitativos de las participantes con los gráficos correspondientes a los resultados que ayuden a reforzar la interpretación desarrollada de la metodología cualitativa.

En los cuestionarios se recoge información cuantitativa en relación a la ontología de la fibromialgia, evaluando el estado previo, a la intervención en arteterapia, durante el proceso y posterior a los talleres.

Tras la exposición de los resultados de los cuestionarios, se mostrarán los resultados del análisis basado en un test proyectivo en torno al autorretrato, en una muestra de dos grupos (experimental y control), como fundamentación de la cuarta y quinta hipótesis cuantitativa y facilitar a los diferentes profesionales de los diferentes campos de

This method made it possible to corroborate if the perceptions surrounding Art Therapy inside the workshop (active observation and note-taking) resemble or differ from the reality made apparent through the categorization carried out.

1.9.1 Organizational scheme

In this section we mention the five different actions comprised in art therapy, describing:

-Institutional place: its characteristics, making contact, presenting the proposal, group of participating professionals.

-Institutional time of the workshops: structure of the workshops.

-Characteristics of the participants.

-Development of the proposal for intervention

-Analysis.

-Results.

-Conclusions.

1.9.2 Results:

This chapter presents the results of the field study.

In this first part we will show -using the strategy of quantitative data collection from questionnaires and semi-structured interviews -the results that help support the interpretation developed on the basis of the qualitative methodology.

In the questionnaires we gathered quantitative information related with the ontology of fibromyalgia, evaluating the previous state, before the Art Therapy intervention, during the process, and after the workshops.

After expounding the results of the questionnaires, the results of analysis based on a projective test around the self-portrait were shown. This was done with a sample of the two groups (control group vs. active workshop participants) as the basis of the third quantitative hypothesis, and to facilitate

la salud el diagnóstico del síndrome de la fibromialgia.

En segundo lugar, se hará una descripción de la evolución grupal de todos los talleres.

En tercer lugar, se expondrá una descripción a modo de presentación, de las características y atributos de cada una de las participantes de manera individualizada.

En cuarto lugar, se hace uso de NVivo10 para hacer una búsqueda de cuáles han sido los temas predominantes que han surgido a lo largo de los talleres. Se construirá el capítulo de multicazos, mediante la asociaciones y cruce de información de todos los casos que han participado, relacionándolos entre sí, visibilizando las similitudes y diferencias existentes entre ellos, con la literatura y con las nota de la investigadora.

El programa informático NVivo10 y SPSS facilita la triangulación de múltiples y diversas fuentes (transcripciones de los talleres, entrevista, cuestionarios, notas, literatura, etc.) de información generando nuevas a raíz de los cruces y matrices que posibilita el uso del mismo.

Toda esta información se utilizará para construir la fundamentación del cuerpo práctico, relacionando: (a) la categorización de información extraída con el sistema informático; (b) la literatura, y (c) las notas de campo de la investigadora.

the diagnosis of fibromyalgia syndrome for different health care professionals of diverse fields.

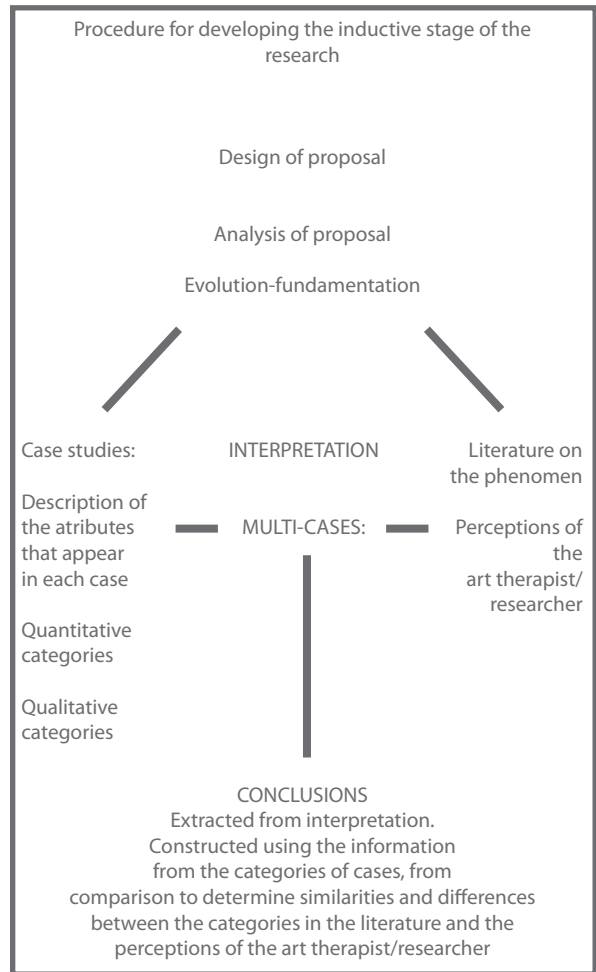
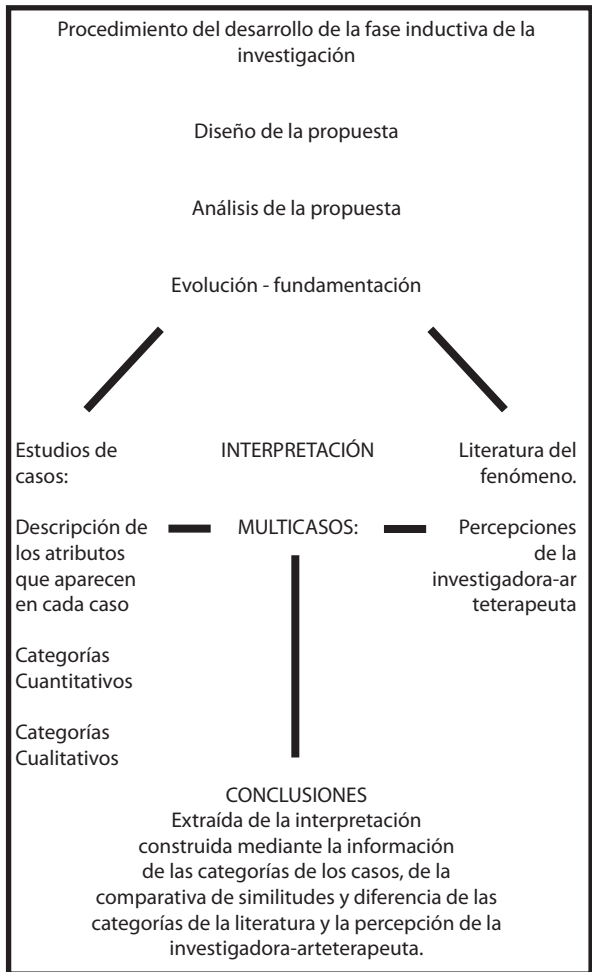
Secondly, a description is made of the group evolution, of all the workshops.

In third place, a description is made in the form of a presentation, showing the characteristics and attributes of each one of the participants in individual fashion.

In fourth place, the NVivo10 is used to run a search for the predominant topics that arose throughout the workshops. The exposition of this information will be effected using "multi-cases". These are built by means of the associations and the crossover of information from all the participating cases, establishing relationships among the cases, making visible the similarities and differences between or among them, and arriving at associations with the literature and the researcher's notes.

The computer program used (NVivo10) and SPSS facilitates the triangulation of multiple and diverse sources (transcriptions from workshops, interviews, questionnaires, notes, literature, etc.) of information, the crossing of information and matrixes of the system generating new input.

All this information is used to construct the foundation of the practical corpus, relating: (a) the categorization of information extracted with the software, (b) the bibliography, and (c) the field notes recorded by the researcher.



1.10 Conclusiones y limitaciones de la investigación:

Este apartado está estrechamente ligado al capítulo anterior. Mediante el análisis interpretativo de las categorías establecidas de las diferentes fuentes de información del capítulo anterior se creará un cuerpo conclusivo en el cual se responderá a los objetivos y la hipótesis de la investigación.

Para finalizar se ha dedicado un espacio para reflexionar en posibles futuras investigaciones y limitaciones de este proyecto.

1.10 Conclusions and limitations of the research:

This section is closely tied to the previous chapter. By means of the interpretative analysis of the categories established based on the different informational sources (see previous chapter), a conclusive corpus is created to respond to the research hypotheses.

In closing, some space is dedicated to reflecting on possible future lines of research and to acknowledging the limitations of the present contribution.



COMO SOSTENER LAS HUELLAS DEL DOLOR

Metodología, objetivos e hipótesis

“Como a muchos otros arteterapeutas, lo que me trajo a esta profesión fue la experiencia poderosa y autorrealizadora de hacer arte. No creo que llegemos a muchas conclusiones favorables sobre la eficacia del arteterapia hasta que no reconozcamos, investiguemos y honremos las propiedades únicas de hacer arte y el cómo presentarlo mejor al servicio de nuestros clientes. Identificar la eficacia del arteterapia vendrá de un entendimiento y exploración más profundos de los medios de comunicación, el proceso artístico y el espacio terapéutico, y de cómo los definimos como artistas. Las respuestas a nuestra búsqueda no las obtendremos solamente de nuestra habilidad clínica, sino más bien de nuestro conocimiento del arte y de una conexión íntima y personal con nuestro propio hacer artístico”. (Malchiodi, 1995 en McNiff, 1998: 144).

2.1 Introducción

En este capítulo se van a exponer la hipótesis, las variables independientes, las variables dependientes, objetivos y la metodología seleccionada para llevar a cabo el proceso de estudio. Se va a hacer una breve introducción del tema en español, seguidamente se expondrá los objetivos, las hipótesis y la metodología en inglés y finalmente, se presentará en español las estrategias de recogida de información llevado a cabo en el cuerpo práctico de la investigación.

2.1 Introduction

In this chapter the hypothesis, the independent variables, the dependent variables, objectives and the methodology chosen to carry out the study are set out. There will be a brief introduction to the topic in Spanish, followed by a description of the objectives, hypothesis and the methodology in English and finally, the strategies used to gather the information collected in the main practical part of the research will be presented in Spanish.

A lo largo de la narrativa de la investigación doctoral, van a coexistir tres voces principales. El cuerpo teórico de este estudio va a ser narrado por la voz de la investigadora y enunciado en tercera persona; y el cuerpo experimental, las voces se van a diferenciar según las fases de la investigación acción: en la fase de pre-diagnóstico, se va a escribir en primera persona, y la voz se va a enunciar desde la unión de la voz de la investigadora con la arteterapeuta, no existiendo unos roles diferenciados al no haber sido abordados con un método sistemático, sino que ha sido llevado a cabo desde un estudio experimental, más cercano a lo observación y recogida de información; y en la fase de fundamentación del cuerpo práctico, donde se ha llevado a cabo un estudio sistemático de diecisiete casos (grupo control y experiencial), sí se ha hecho una separación de roles (investigadora y arteterapeuta), y por consiguiente, una separación de voces. Se va a visibilizar la voz de la investigadora como voz predominante que denuncia lo acontecido, haciendo una revisión y análisis crítico de la intervención práctica de la arteterapéutica.

La narrativa en primera persona responde metodológicamente al relato autoetnográfico, que posibilita mostrar el proceso de construcción vivencial tanto de la investigadora, arteterapeuta y las pacientes. Se considera la autoetnografía como un enfoque alternativo para la generación de conocimientos (Marín, 2011; Adam, 2005, Flaherty, et.al., 2002; Souza, 2014) que posibilita ilustrar el proceso, desarrollo y resultado desde un método cualitativo.

Mèlich (1992: 17-18) exponía que *“los científicos sociales piensan que en el inicio de la actividad científica está la experiencia y que a partir de ésta, y a posteriori, se construyen las teorías. Pero todavía hay algo más grave: identifican “conocimiento” con “conocimiento científico”, con la racionalidad científica, y niegan al arte, a la literatura, al mito, a la religión o a la filosofía la capacidad de conocer. (...) La ciencia trabaja con teorías, pero también la filosofía, y en cierto modo incluso el arte y la religión. Cada modo de conocimiento posee su propia lógica y desde la de uno no es posible ni lícito evaluar la de los demás”*.

Desde que el llamado método científico quedó establecido con el empirismo y el positivismo se creó una relación de correspondencia entre investigación científica e investigación, en la que se suponía que existía un sujeto que observaba objetivamente y un objeto investigado. Además, se consideraba que sus resultados, aplicando los mecanismos precisos, podrían ser posteriormente reproducidos, e incluso también sintetizarse de forma cuantitativa. Afortunadamente, tras la crisis del positivismo y el cientifismo el concepto de investigación se ha ido ampliando (Hernández, 2008). Sin embargo, ha sido un hecho que las ciencias humanas o sociales aún arrastran hoy en día una especie de “complejo positivista”: lo que no es científico parece no tener valor (Alonso, 2012).

McNiff, (1998: 85-88) señalaba que “si hacemos una revisión de la investigación realizada en

arteterapia hasta el momento nos encontramos con una fase inicial donde se están esbozando los principios fundamentales de la investigación en arteterapia con cierta inseguridad. Esto se podría deber, aparte del "complejo positivista" ya señalado, a la identificación de nuestra profesión con las tradiciones de investigación de campos como la psicología y la medicina para intentar así hacerla valer utilizando los patrones aceptados en investigación por las mismas."

Este estudio parte de la posición de que la investigación en arteterapia no puede separarse de la práctica y, por consiguiente, el cuerpo teórico se fundamenta a través del cuerpo práctico, y de los estudios de caso que han participado.

La metodología se caracteriza por ser una metodología mixta -que detallaré en líneas posteriores-, enmarcada dentro del paradigma construccionista (Gergen, 2006, Guba y Lincoln, 1994, Hernández, 2008). Las características de este paradigma pasan por cuestionar los orígenes del saber, considerando que nuestro conocimiento del mundo y del yo tiene su origen en las relaciones humanas, no en la mente del individuo independiente. La finalidad de un punto de vista así puede definirse según (Deveraux, 1994: 118), como un intento de "comprender el mundo complejo de la experiencia vivida desde el punto de vista de quienes lo viven", entendiendo que determinadas personas, en contextos específicos, elaboran significados a través del lenguaje para dotar de sentido a sus vivencias. El investigador o investigadora que "asume una posición construccionista considera que con su trabajo proporciona sus propias construcciones de las construcciones de los 'actores' a los que 'estudia'" (Hernández, 2008: 28).

Este estudio incluye diferentes perspectivas por las cuales se analiza y se piensa la realidad y una de ellas se encuentra inscrita dentro de los llamados Estudios de Género. Hernández (2008: 90) decía que: "la metodología feminista de investigación cuestiona el lugar desde el que los investigadores 'hacen hablar' a la realidad. Y Huss y Cwikel (2005: 58) añadían que *"el estudio de los problemas se aborda en ella desde el exterior de la persona, considerando su identidad de género dentro de su contexto socialmente construido, en lugar de considerarlos simplemente psicopatologías individuales"*. Benjamin, (1988) consideraba que la concepción de la intersubjetividad modificaba sustancialmente el criterio de la relación de un sujeto con su objeto, para pensarlo en términos de un encuentro entre sujetos. A lo que Levinton (2007: 116) destacaba como concepto especial la necesidad de reconocimiento, que supone tanto la respuesta confirmatoria del otro, como el modo en que cada sujeto se encuentra con esa respuesta.

En este estudio se trata de visibilizar las diferentes voces de los actores que participan, así como, de analizar a través de las imágenes, las voces "construidas socialmente", transmitido de manera inconsciente a través del discurso simbólico, para llevar a cabo un proceso de identificación, desarticulación y deconstrucción de las mismas hasta un acercamiento de construcción su propio deseo.

2.2 Objectives:

- Research objectives:

General objectives:

-Build a theoretical framework based on the practical intervention through art therapy with the participant suffering from fibromyalgia.

-Prove and argue the mixed methods linking and unifying them and applying them to propose an art therapy intervention.

-Gain further knowledge about the causes and triggers of fibromyalgia through the analysis of the art therapy case studies.

Specific objectives:

-Methodologically attend the diverse needs exhibited in the different case studies.

-Include in the analysis of the images and the results the creative processes and feminist approaches to art therapy, in order to analyze how certain qualities designated to women through institutional practices, the discourse, and the collective unconscious may influence the physical symptomatology, with the aim to address the collective symptomatology from a pluralistic, multifaceted and integral approach to the human being.

-Analyse the drawings in order to see if the chosen indicators appear more frequently in the drawings by the persons suffering from fibromyalgia than in the ones by the persons not suffering from the syndrome.

-Evaluate variables (physical, psychological and pain level) in relation to fibromyalgia symptoms in order to establish a timeline in which to determine how the participant felt prior to the intervention, following the intervention and three months after the end of the therapy.

-Draw conclusions from the different cases crossing and combining the information from the different cases themselves, the literature and the notes from the researcher-art therapist.

- Field study objectives

General objectives:

-Foster a holistic emotional experience.

-Develop creative abilities.

-Accompany the participants in the construction of new personal dimensions.

-Accompany the participants in their development of vital projects.

-Guide the use of art to develop skills to present different aspects of the subjectivity in a structured way.

-Construct other meanings of communication through alternative methods than words.

-Guide the creative work as a way to rehabilitate, understanding work as a "recreation".

Specific objectives:

-Foment the possibilities of persons suffering fibromyalgia to improve and rehabilitate autonomously.

-Make possible an internalized restructuring of the hurt body image.

-Provide optimal tools to self-manage the pain through creative expression.

-Alleviate the participants' pain through a greater conscience of their physical and emotional condition.

-Support and accompany in the emotional difficulties that emerge from the difficulty to accept the outbreak of the illness in their lives.

-Reduce the effects of the illness and foment the communication and interaction with the other patients.

-Foment a space for empathy and identification to share experiences.

-Improve the patients' quality of life.

-Provide a forum for dialog to share existential dilemmas.

- Approach the person from a comprehensive perspective and get to know the person who suffers the syndrome.

-Contribute, through the analysis and interpretation of the case studies' results, to a better understanding of people who suffer the syndrome and explore different complexities that influence in the subjective construct.

- Professional objectives

General objectives:

-Bring awareness to the potential of art therapy in the health field and social integration.

-Found how art therapy can be an effective therapy within a multidisciplinary treatment for people suffering fibromyalgia.

-Prove the practice of art therapy with subject matter experts in order to stimulate the interest for this field within different institutional sectors: universities, associations, congresses, hospitals, etc.

Specific objectives:

-Contribute to improve the clinical situation for the patients participating the study through a practical intervention within the field of art therapy.

-Raise awareness regarding the gender perspective as a tool to improve the efficiency of the professional practices in health care.

- Create a demand for the art therapist producing a well based theoretical ground.

Scientific objectives:

General objectives:

-Provide a tool through art therapy that could contribute to developing a better understanding of fibromyalgia within different health care fields.

-Contribute to improve the situation for persons suffering from the syndrome through art therapy interventions.

-Add a projective test to the literature, the same method with self-portraits applied in the research, to help different health professionals identifying the fibromyalgia syndrome and, consequently, improve the help provided to this group.

Specific objectives:

-Describe the doctoral research process, limitations, difficulties, less beneficial aspects, as well as uses, potentialities and relevant aspects that may serve as guides and references by future researchers within the field, and as theoretical background for professionals implementing art therapy interventions with women.

-Contribute to the literature with a new and ground-breaking study based on mixed methods research.

2.3 Hypothesis of the research:

Hypotheses of study:

The aim of this study is to test the following hypotheses:

1). Art therapy could enhance understanding of the somatic characteristics of the syndrome through its ability to make subconscious material conscious.

2). Art therapy may be an effective therapy for the multidisciplinary treatment of fibromyalgia.

3). Gender¹ may be one of the determinants provoking the development of fibromyalgia.

4). The two indicators of study, (a) body posture, and (b) the qualities of the lines drawn for the contours of the human body, can be used as a tool for additional observations, in the monochromatic self-portrait sketches of the test called "Draw-A-Person" (DAP) (Machover, 1949) to, together with other measure, help diagnose the syndrome of fibromyalgia. The indicator "facial expression" in the monochromatic drawings of the self-portrait of the "Draw-A-Person" test (DAP) (Machover, 1949) do not serve to diagnose the syndrome of fibromyalgia. By means of the first three hypotheses, the intention is to corroborate whether art therapy is an effective discipline for the treatment of fibromyalgia.

By means of the fourth hypotheses, a projective test is proposed as an additional tool to help identify fibromyalgia through features of the self-portrait drawn.

¹ Within this hypothesis gender will be analyzed as the social construction done by the same to determine roles, functions, and presumptions regarding the masculine and feminine identity.

2.4 Descriptive analysis of quantitative data:

1) Determine that from the start the groups that make up the foundation body of the research (4th phase of Research-Action) are equal and the potential effectiveness of art therapy intervention.

2) Alternative H1: there are significant statistical differences between the mediums of the experimental group and those for the control with the dependent variables that are being measured (effect of fibromyalgia, depression, quality of life, strategies to face pain, state and trait anxiety) to determine that intervention with art therapy could be beneficial with the case studies used in this research.

Pretest vs Pretest y Posttest vs Posttest:					
Grupos	Asig.	N.	Pretest	XI	Intervención Post-test.
Experimental		R	9	01,02,03,04,05,06,07,08,09	---01,02,03,04,05,06,07,08,09
X0					
Control		R	8	01,02,03,04,05,06,07,08	-----01,02,03,04,05,06,07,08

2.4.1 Independent variables:

The independent variables correspond to the intervention programme in art therapy. There have been three processes of practical intervention by means of art therapy workshops for women suffering from fibromyalgia, two of which were prediagnosed at the Granadina Fibromyalgia Association. The third, foundation stage, was at the Virgen de las Nieves Hospital in Granada.

This research has been combined with two other collaboration phases with research groups at Goldsmith's University (London) and Haifa University (Israel).

The dependent variables programme corresponds to the quantitative attributes chosen for gathering the information that facilitates data triangulation and the qualitative material has been contrasted with the quantitative results throughout the intervention process. The following topics are dealt with:

1. Semi-structured interview:

Demography: age, marital status, child/children, educational level, job, start of fibromyalgia, symptomology, etiology, cognitive disorder, change in mood, anxiety disorder, other possible illnesses in addition to fibromyalgia such as : allergy, arthritis, osteoporosis, asthma, chronic bronchitis, high cholesterol level, psychological problems, rheumatism, tumors, high tension.

Family and social relationships, support given by those in their environment (family, partner, friends, etc). Possible situations that could increase or decrease the fibromyalgia ontology (night, morning, afternoon, evening, weekends work, physical activities, resting, alcohol, sexual relationships, family and social gatherings.

Life events: sexual abuses, loss of one or both parents, accident, trauma, stress, divorce of parents, if the patient is divorced, relationships with the mother/father/brothers/sisters/ low self-esteem, lack of a constructed identity , insecure or disorganized attachment construction, inner perception of helplessness or without inner control.

Pharmacology:

Trankiimazin, Adolonta, Enantium, stomach protector, Robaxistal, Cortisol, Nolotil, Condrosulf, Yucla, Valium, Neurotil, Lyrica, Floxetine, Omeprazole, Betahistine, Burpidem, Citalopram, sedotime, Fluoxetine, Loramet, Ibuprofen, Cortisol, Depretoprofano, painkillers, Omeprazole, Tryptizol, Lexotan, Tristisol.

2) By means of closed observation, semi-structured interviews, questionnaires and assessors, the following variables have been evaluated:

-Physical and psychological:

Assertiveness, communication, self-knowledge, conflict resolution and self-criticism as regards the process which creates them, with their actions, the actions of others, and with art therapy.

-Depression:

Sadness, weeping, loss of pleasure, feeling of failure, guilt, desires/suicide attempts, pessimism, etc).

-Behavioural functions and anguish dysfunctions based on psychometric measurements.

-Social support: type of relationships established with the family, friends, etc. the degree of social perception given by these groups.

-General satisfaction: general satisfaction with life, work, activities carried out, quantity of money to develop them, characteristics inherent to the individual, etc.

-Free time: ability to enjoy activities and time dedicated to pleasure and relaxation, as well as relating this to the time dedicated to work.

-Anxiety trait and state: adaption or poor adaption strategies to face pain.

-Subjective perception the patients have as regards physical and psychological changes brought out in the art therapy workshop.

-Satisfaction levels derived from the art therapy workshops.

-Pain levels and fatigue before starting and finishing the workshops.

3) By means of the self-challenge method:

- Indicators from the Self-portrait drawing:

- Figure.

- Posture.

- Facial expression.

The allocation of the experimental and control groups has been random.

Independent variables chart

Semi-structured Closed observation Questionnaires Assessors Indicators from the Self-portrait drawing

2.4.2 Dependent variables:

The dependent variables will influence the treatment to a lesser or greater degree, with the understanding that the cases that suffer the highest levels in the points mentioned above will respond worse to the treatment than those cases whose levels are lower.

Dependent variables table:

- Assertiveness (Closed observation of workshops).
- Self-criticism (Closed observation of workshops).
- Self-knowledge (Closed observation of workshops).
- Communication with others (Closed observation of workshops).
- Conflicts resolution (Closed observation of workshops).
- Pain and fatigue (Closed observation of workshops).
- Quality of life (Quality of life questionnaire from Ruiz and Baca, 1979).
- Issues related to illness and treating it. (SF-36 Questionnaire).
- Chronic Pain (Beck questionnaire).
- Anxiety (STAI State-trait Questionnaire).
- Impact of fibromyalgia (FIQ).

2.5 Methodology:

In order to test the hypothesis questions, under a constructionist, heuristic paradigm, and eminently qualitative, a mixed methodology and different research methods (qualitative and quantitative) coexist alongside one another, as well as showing common elements, such as the fact that they share an epistemological conception of subjectivity and a similar interpretation of social phenomena.

This project is being undertaken in the framework of an international PhD program in which the Universities of Granada, Madrid, Goldsmiths (London) and Haifa (Israel) are involved.

It will begin with a detailed description of the paradigms chosen, following by the methods (qualitative and quantitative) and reasons for these elections.

2.5.1 Paradigm:

2.5.1.1 Constructivism

The base of the epistemology of this project is Constructivist, because it contemplates the knowledge as something that develops through a process of active construction and reconstruction of the theory and practice for those who are involved in it. That is, it is not only a theory of knowledge, but also about how knowledge is related to practice. Social Constructivism often combined with interpretivism, (Creswell, 2007:8) and it is typically seen as an approach to qualitative research. Some references from this field are: Berger and Luekmann's (1967) *The Social Construction of the Reality*; Lincoln and Guba's, (1985), *Naturalistic Inquiry*; Neuman, (2000) among others. Social Constructivism as Creswell (2007:8) established: *holds assumptions that individuals seek understanding of the world in which they live and work. Individuals develop subjective meanings of their experiences - meanings directed toward certain objects or things-. These meanings are varied and multiple, leading the researcher to look for the complexity of views rather than narrowing down meanings into a few categories or ideas. The goal of the research is to rely as much as possible on the participant's views of the situation being studied. As Creswell (2007: 8) claims: often the subjective meanings are negotiated socially and historically. They are not simply imprinted on individuals, but are formed through historical and cultural norms that operate in individual's lives".*

At this point I would like to highlight that the feminist perspective has been of particular importance: with regard to how specific values and meanings, focused on the different genders built by the Patriarchal system, could any particular influence on the development of the collective unconscious of the woman, with regard to how they connect with themselves, with others and with the world, thus generating a particular state of disease which is more predominant in women than men. The author continuously explains in his book that the constructivist researchers often address the process of interaction among individuals. Researchers recognize that their own backgrounds shape their interpretation, and they position themselves in the research to acknowledge how their interpretation flows from their personal, cultural and historical experience; the researcher's intent to make sense of the meanings others have about the world. Rather than starting with a theory, inquirers generate or inductively develop a theory or pattern of meaning.

2.5.1.2 Heuristic Research:

Another paradigm that supports this research is the Heuristic Research. Heuristic Research is a method developed by Clark Moustakas, situated in a frame of transcendental phenomenology. It has been influenced by Husserl's philosophy that tries to discover the meaning and essences of the knowledge². This method has been selected because it allows one to understand the research as a vehicle for personal and professional development. On the one hand, this approach offers an invitation to consider a theory and methodology of investigating human experience. On the other hand, the difference of heuristic from other research methods is the explicit nature of the researcher involvement with the phenomenon that is being investigated. Since the beginning and throughout the investigation, this method involves self-search, self-dialogue, self-reflection and self-discovery. Both the participants and researchers involved and the researcher experienced personal changes, and it was experienced as a result of undertaking a research that required from them a change of structures and to embark on a journey into the unknown; to reflect on the self and others and to move beyond cognitive processes into connecting with body, mind, and emotion through exploring felt-sense, tacit knowing and intuition. Since then, reflexivity has become central to my work and an important bridge between practice and research. It has been a process in which both researcher and participant go through a transformation process, both changed through the evolution of the

² This study is located within stories of *Becoming a Reflexive Researcher: Using Our Selves in Research* (2004) and shows how reflexive conversations enabled participants to co-construct meaning and create what is called "reflexive knowledge"; Hertz, R. (1995).

research. The transformation experienced has been fostered using different ways to go deeper into the topic research. This project provides, throughout the art therapy, ways to come into contact with new regions of the self and to discover revealing connections with others. The participant and the researcher have been able to build a new perspective of connection, of reflection and understanding of the ontology of fibromyalgia. The focus in a heuristic quest is on the re-creation of the lived experience along with full and complete depictions of the experience from the frame of reference of the experiencing person. In some way, the essence of the main conflict (pain, psychosomatization, fatigue, etc) has been sought, as reported by the participants who suffer from fibromyalgia, and in another way, so has the experience lived via the research during the process of the investigation (with regard to transference, contra transference and observation). The challenge is overcome through the following techniques: illustration, metaphors, metonymy, narrative descriptions, dialogues, stories, poems, art, artistic diaries, autobiographical stories and other personal documents. More general theories of the human creative process have been taken into account since they encourage us to reflect on and connect with tacit knowing, images, dreams, hunches and ideas that come between sleeping and waking, intuition, out-of-body experiences, synchronicity and exceptional human experiences (Braud and Anderson, 1998). These aspects of experience are gathered along with data collected through reflections of the participant and the researcher during the workshop (with regard to the process, artistic work, and members of the group); conversation with the participants; impression, narrative, stories and reflections described in the artistic diary; and a range of relevant materials, all of which are filtered through the researcher's own experience of the topic under inquiry.

The purpose of a method of scientific inquiry is to obtain an answer to the problem in first hand, to discover the nature and meaning of the phenomenon of individuals who have directly encountered the phenomenon in experience. Multiple associations, understood as personal experiences, bring the core of the problem into focus.

In the heuristic method an unshakable connection exists between what is out there, in its appearance and reality, and what is within the research, in reflective thought, feeling, and awareness. A very important point is that the findings are verified by participants.

Another main characteristic of the methodology is that the researcher is always adapting (taking into account the transference and counter transference) her way of intervention, reflections and perspective of connection with the collective according to the feedback she is receiving from the co-researcher. Thus, the process is in a state of constant change in which the researcher is considered as a part of the group and both researcher and group are considered as a whole.

There are mainly six phases in this process: *Initial engagement, Immersion, Incubation, Illumination, Explication and Creative Synthesis* (Moustakas, 1990: 170-190).

A) Initial engagement: formulating the research question.

One main characteristic of the heuristic method is that the research question emanates from a passionate desire to know. The initial concern of the research was to explore the role of women in an inherited culture of the patriarchal society and their possible relationships with pathological or disease states (physical or emotional). The first concern was deeply explore the discomfort with the female desire, and how such discomfort could be reflected by psychopathology symptoms and explore the features of this symptomatology. Currently, it is possible to find in the literature different research sources that develop this theme, but one of them is the study of the subjectivity of women. This study explores the relationship between femininity and pathology and theories about the amount of disease states that affect more women than men. They pay special attention to the clinical differential of women. Among them we could mention:

depression, phobias, fears, anxiety, eating disorders, fibromyalgia and trauma.

One of my interests is to discover what the participants have to say about their emotions with regard to the impact of fibromyalgia on their life, particularly in their subjectivity, narratives and the possibility of new narratives and reflexivity processes throughout the space's art therapy. I wanted to use the knowledge embedded in people's stories to inform and support them in the art therapy field once they had embarked on this type of journey. I was curious about where people would begin stories and the manner in which they would tell their stories. I wanted to discover the meanings and the ways their identities had evolved over time, "*essence of the person in experience*" (Moustakas, 1990:3).

B) Immersion into the topic question:

The topic permeates every aspect of their day-to-day life. The researcher is required to record in a research journal their "*lived experience*" of the phenomenon. The researcher makes transcriptions of the records of the workshops, takes notes of the observation, collects personal documents such as interviews, artistic diaries, creative process, images, etc., and all of them are gathered together and organized into a sequence that tells the story of each participants. The collection of the data will facilitate a full immersion into the material. Essential to the process of heuristic analysis is an intimate knowledge of all the material for each participant collectively. The task involves timeless immersion inside of the data. The condition of '*again and again*', of repetition, is essential until an intimate knowledge is obtained. In heuristic interviewing, the data generated are dependent upon accurate, empathic listening: "*being open to oneself, to the participants, and to the researcher; being flexible and free to vary procedures to respond to what is required in the flow of dialogue, in the creative process of the workshops, and regarding the emotion linked with the artistic object; being skillful in creating a climate that encourages the participants to respond comfortably, accurately, comprehensively, and honestly in elucidating the phenomenon*" (Moustakas, 1990:3). Moustakas, (2004) advocates that the researcher should keep a reflexive journal to record thoughts and feelings. In the art therapy field, the researcher will keep this reflexive journal with regard to the transference, counter transference and the process of the workshops, and during the research investigation. Thus, the self of the researcher is actively involved in the study, and therefore the researcher is immersed in the data of the phenomenon of the study as well.

After re-reading the transcripts, and a long, in-depth study of the recorded information and the notes of each patient, the researcher developed a reflective portrait of each participant and contacted them for feedback; and this phase of looking together for the commonalities in experience, which are grouped together and form the first phase of the presentation of findings, consisted of themes emanating from "*individual depictions*" of people's experience of the phenomena. The second phase is a "*composite depiction*", a group presentation of the lived experience (Moustakas, 1990:5). The third phase is the presentation of exemplary portraits: there are individual stories of the phenomena. At each of these stages, participants may be involved in checking that the findings capture the "*live experience*". This was a period of immersion in which the researcher has been able to reflect on the main emotion and difficulties reported by the co-researchers in the inductive part. It has been a process characterized by the creation of new reflections and new information from the researcher's own reflection, who was immersing herself in her own journey to the unknown of this part of herself. From this experience an artistic diary, with drawings, reflections and photography of the artistic object, has been used in order to re-create narratives. This exploration allows a better understanding of the essence of the inner formation of the main problem, conflict and emotion that arose throughout the inductive part of the investigation. The research could explore what, why and how the connection of her own identification with the phenomenon of the study might bear influence on her practice as a researcher, art therapist and person. The identification with this study carried out with women who suffer fibromyalgia is in regard to two main topics: as a woman (gender mandate) and a subject who is susceptible of suffering psychosomatic disease and/or somatization response. Throughout

this immersion period it has been possible to go deeper and further on a journey where the “lived experience” collected with the patient could be explored together with the own “lived experience”. And, likewise, it was possible to realize how it operates in herself and to better understand the inner essence of one of the most difficult emotional parts to figure out during the “inductive” or “practical” part (workshop with patients).

Third immersion: it belongs to the creative synthesis and conclusive body of the PhD. It has produced an artistic work that represents all the knowledge learned during the process. As shown previously, the cycles of immersion don't follow a linear process. One of them occurs before carrying out the third action research (foundational body of the thesis); the second after undertaking the third action research; and the third in the creative synthesis with the elaboration of the artistic work.

I would like to highlight that the artistic objects, the artistic diary and the narrative gathered during the first, second and third immersion from the researcher, will not be included in this thesis. However, the findings provided have been used to build new knowledge, new reflections and new skills which have offered a transformation process as a person, and improved the practice as art therapist and researcher. It has had an influence during the process of both undertaking the investigation (theory and practice), and creating the reflection and conclusive part of the thesis.

One important reason to decide not to include it within the PhD is because the identification of the researcher with the object of study does not respond to the main topic. If the researcher had also suffered from fibromyalgia, it would have been included within the creative synthesis, but the identification of the researcher with regard to the woman of this study is in relation to two aspects of the symptomatology and characteristics of the disease: susceptibility to suffering somatization responses at any moment of my life and as a woman in relation to the gender mandates. Hence, there is a blind spot with regard to fibromyalgia. Certainly, these characteristics (somatization and gender mandate) might influence the level of pain of the patient of this study but they are not the core of the study. For this reason, the researcher did not consider it appropriate to join it together with the knowledge that arose from the patient, since the study could easily be biased from the perspective of the researcher and lose the “lived experience” of the co-researcher. I consider it necessary, in order to join my own immersion together with the co-researcher, for there to be more case studies and a long period of investigation in order to generate new reflexive knowledge in regard to both specific knowledge reflexivity (somatization and gender) . Otherwise, if the immersion of the researcher is included as a predominant voice or as the same voice of the co-researcher, important limitations could occur between the blind spot (fibromyalgia) and the material unconsciously brought to the study (immersion of the researcher in the specific characteristic), that may manifest in counter-transference issues, issues that have an implication for how the researcher hears and interprets the story of the other, and how her own immersion could change either the topic of the study or its findings. This way, the information could be easily blurred. If the reflection generated by the immersion of the researcher was included as part of the results or findings, it would open the following dilemma: the researcher only hears if it resonates with them or the researcher may only hear the issue experienced during the immersion and exclude others. A potential limitation can be that the researcher is at the center of the meaning-making process, which is acceptable if viewed from the modernist perspective, but is open to question from the postmodern perspective; and the Sarup, (1993:15) “*de-centred self*” where the “I” is subject. The key element in post-heristic research is that there are two cycles of interpretation: the first cycle culminates in the creative synthesis, the second involves a deconstruction of the text (creative synthesis); Derrida, (1996: 82-87) said: *the deconstruction represents the questioning of the privileged voice.*

In this study, the voice of the co-researchers is the predominant one, being the main

source of the foundational part of the thesis. The researcher is considered as a part of the group. In the privileged voice of the Deconstruction, all the elements that influenced the findings are included, considering the group as a whole. Heuristic can be seen to be a feasible research method for researching psychotherapy, particularly as its central tenet is for the researcher to have experience of the phenomenon of the study. The researcher is involved in the study, not as an objectified observer, but a subject of the process. It places the practitioner who has experienced both client and art therapist perspectives of practice (to have been a user as well as a provider of a psychotherapeutic service) as a potential researcher of heuristic inquiries.

The researcher as practitioner opens up potential conversations on how practice may provide a series of opportunities to erect hypotheses concerning the patients who are then tested out in the course of the treatment (and during its supervision). (Mace & Moorey, 2001).

In heuristic research all the perspectives are evaluated (researcher, and patients), and all the knowledge generated in the different interactions has an important intention of gaining a new perspective, a new knowledge with the relationship. This knowledge has the potential for informing future practice.

C) Incubation:

The topic is put on hold; this process facilitates tacit knowledge and intuition. It requires the researcher to detach herself from the immersion phase; in essence to switch off from the subject, to take a break, to do something different. This process is thought to allow new meaning to become apparent, and fosters intuitive knowledge.

This phase links with the collaboration with other research groups from different departments of Art Therapy conducted by the universities of:

1) Goldsmiths (London),

2) Haifa (Israel).

During this period the researcher has been reflecting on the main theme, the characteristic of the ontology of fibromyalgia and the process of the research by different approaches.

I) University of Goldsmith (over three months); consisted of the following aspects:

II) Comparing, contrasting and finally re-designing the methodology to carry out the third action of the investigation known as the body of the thesis.

III) Participating in other qualitative projects.

IV) Period of immersion in which the researcher has been able to reflect on: the role played within the investigation (as researcher and art therapist at the same time during the inductive part of the investigation); explore their own identification with and curiosity for the phenomenon of the study; and immersing herself in her own subjectivity in regard to the finding obtained in the pre-work of the research. As a result of this immersion period, it was possible to build a new, more humanized perspective of connection with the co-researchers, and consequently, increase the emphasis and the nuances of understanding, reflections, and connections with the collective.

All this new knowledge arose as a result of the co-constructive reflections that provided a

rich nuance of interaction and connected patients and the researcher. Afterward, the third action of this research was carried out.

2) The interaction with the research team of the University of Haifa in Israel (over six months), which had been placed after the third action carried out in the research project, belonged to the final part of the PhD and provided the following issues:

I) Participation in other research projects.

II) Collaborating with the Art Therapy Department;

III) Teaching in: the International Master of Art Therapy, Master of Art Therapy (Hebrew students) and the investigation was displayed by the research team of the University.

IV) Period of immersion following the characteristic already mentioned in the previous step (University of Goldsmiths).

V) Undertaking a quantitative study with the director of the International Master of Art Therapy of the University of Haifa. The goal of this study was to figure out indicators of fibromyalgia throughout an assessment in Self-Portrait Drawing.

D) and E) Illumination and explication:

The topic is seen in a different light. In this phase all the information (theme and knowledge emerging from the experience) is organized and structured in order to be ingested and understood. This phase of heuristic methodology was carried out in two different moments of the process of the investigation. One of them belongs to the second phase of the qualitative methodologies "inductive part" and the other one to the third phase of the workshop of art therapy. With regard to the second phase of the qualitative part: once the co-researchers expressed their main difficulties and started to work through art therapy, the researcher enters into a process of illumination in which essential qualities and themes are discovered. The researcher enters into an immersion process until the "universal" qualities and themes of the experience are thoroughly internalized and understood. At a timely point in the development of the researcher's knowledge and readiness, the researcher constructs a composite depiction that represents the "universal" or common qualities and themes that embrace the experience of the patients. The composite depiction (the group depiction that reflects the experience of individual participants) has included exemplary narratives, descriptive accounts, conversations, illustrations, and verbatim excerpts that accentuate the flow, spirit, and life inherent in the experience. The composite depiction has been vivid, accurate, alive, and clear and it encompassed the core qualities and themes inherent to the experience. It included all the core meanings of the phenomenon as experienced by the individual participants and by the group as a whole. This is followed by an elicitation and explication of the themes until an individual depiction of the meanings and essences of the experience investigated can be constructed.

The heuristic researcher returns again to the raw material derived from each co-researcher's experience and the individual depictions derived from the raw material. From these data, some participants who exemplify the groups as a whole will be selected. The researcher then develops individual depiction and autobiographical material that was gathered during preliminary contacts and meetings or that is contained in personal documents or that was shared during the interview or during the workshop or in the artistic diary, etc. as well as taking into account all these data at the same time. Individual portraits try to be represented in such a way that both the phenomenon investigated and the individual persons emerge in their

reality. Then, the heuristics researcher returns to the individual co-researcher and checks (throughout the interview and during the “talker phase of the workshop”) with the co-researcher to ascertain whether the individual depictions fit the data. The individual depiction may also be shared with the research participants in order to affirm its comprehensiveness and accuracy, and for suggestions related to deletions and additions (Moustaka, 1990). Then comes the second moment, below the third phase of qualitative methodologies “adaptive part” (it is an adaptation between the two previous parts), once full knowledge of an experience is ingested and understood.

When the above steps have been completed, the heuristic researcher undertakes the same course of organization and analysis of the data for each course of the patient’s until an individual depiction of each co-researcher’s experience of the phenomenon has been constructed.

F) The creative synthesis:

The creative synthesis encourages a wide range of freedom in characterizing the phenomenon. It invites recognition of tacit, intuitive awareness of the researcher, knowledge that has been incubating over months through processes of immersion, illumination, and explication of the phenomenon investigated. The researcher as scientific-art therapist develops an aesthetic rendition of the themes and essential meanings of the phenomenon. The researcher taps into imaginative and contemplative sources of knowledge and light in synthesizing the experience, in presenting the discovery of essence (Moustaka, 1990).

This phase is a process in which the gathering of the information has been completed, transcribed, organized, summarized and the outcomes synthesized. The creative synthesis is carried out through vivid terms and from its inceptions to its final synthesis of the data.

Once all this information has been completed, it will be open to reflections as to whether or not the findings differ from those presented in the literature review; also mentioned are the different elements and limitations that could influence the findings, and in regard to these outcomes, some suggestions for future studies will be outlined, and likewise the relevant implication of the findings for society.

The creative synthesis brings everything together in a creative form. In this case the PhD. plays the role of the creative synthesis.

H) Closing reflections:

As a result of this phase, an artistic work that represents the process of learning of the researcher has been created. This artistic work shows what the experience of the researcher’s perspective has been like, and the depictions created of the participants during the whole process:

“This has been a lengthy journey. The heuristic process is rooted in experimental time, not clock time. Once one enters into the quest for knowledge and understanding, once one begins the passionate search for the illumination of puzzlement, the intensity, wonder, intrigue, and engagement carry one along through ever-growing levels of meaning. It is as if a new internal time rhythm has awakened, one rooted in a particular absorption and in a sustaining satisfied or fulfilled until a natural closing occurs and the rhythm has carried out its intent and purpose” (Moustaka, 1990:188).

For this reason, this phase has been undertaken through creative artistic work. Heuristic research processes include moments of meaning, understanding, and discovery that the

research will hold forever. Feelings, thoughts, ideas, and images have awakened that will return unbroken and that will serve as a reminder of a life-long process of knowing and being. As Polanyi, (1962: 142) wrote:

*"Having made a discovery, I shall never see the world again as before. My eyes have become different; I have made myself into a person seeing and thinking differently. I have crossed a gap, the heuristic gap, which lies between problem and discovery"*³.

Before finishing the explanation of heuristic methods, I would like to draw attention to the fact that although heuristic methodologies are located in the framework of transcendental phenomenology, it is possible to figure out some differences, as did Douglas & Moustakas, (1985) who contrasted heuristic research from the traditional paradigm, noting that traditional empirical investigations, presuppose cause-effect relationships, while the heuristic scientist seeks to discover the nature and meaning of the phenomenon itself and to illuminate it from direct first-person accounts of individuals who have directly encountered the phenomenon in their experience.

Finally, to conclude with this section, I would like to finish by once again highlighting that the use of heuristic method has been remodeled and adapted to this study. It could be misleading with regard to using it as a part in the field of Art Therapy methodology, but it can also be considered as a specific way to do research in art therapy (because it is still a new field to discover since currently the research literature in art-therapy is scarce and under construction).

A distinct aspect of a heuristic inquiry is that the data-generating stage requires a leap of faith by the researcher. Whereas in the traditional heuristic theory only the following question is asked at the interview: "What is your experience of...?" And the participants respond from their frame of reference, while in this study the researcher asked more specific questions which emanate from their frame of reference, and that could help to anticipate the data that will be generated.

This study has been carried out through the characteristic of qualitative methods, explained below, such as case study and grounded theory. I would like to point out that the first action of the workshops was conducted following the heuristic method, but other actions of the art therapy workshops were conducted mixing other qualitative methods such as: action research and case study. Also, it is important to draw attention to the fact that the workshop has been conducted by Psychoanalysis Art Therapy approaches. This orientation has more similitude with heuristic method and case study method than the other methods.

In this study, generalizations or comparisons have been constructed, between some case studies and others that have been involved, and also the information has been contrasted with the findings of the literature. Furthermore, in the creative synthesis, the researcher creates a conclusive analysis including her own understanding (through psychoanalysis approaches) of the findings.

2.5.2 Mixed Methodology:

³ This phase could also represent the meaning afforded by Melanie Klein, "internalized object". Internalized object as a result of some patterns of behavior that have been able to be changed through reflective process, or the modification of the subjective position to another more "healthy" or "enriched" one. The object as a metaphor of inner representation of the Self, as a metonym of all this emotion has been worked throughout the investigation and finally, as a result of something solid that remains internalized in the subjectivity of the co-researcher and the researcher as well as in the construction of the conclusive body of the PhD. Those factors will persist in the future, because this internalized object influences a new perspective of connection with the own Self, and with the Other.

With this research, mixed methodology was chosen, which consists in an information approach which combines or associates both qualitative and quantitative ways of researching. Cresswell, (2009) indicated the underlying epistemology of the mixed method to be, pragmatism, and from this paradigm the author understands the world as a construct resulting from situations, actions, triggers and consequences. Tashakkori and Teddlie (1998), Morgan (2007) and Patton (1990) believed using pluralistic approaches was of fundamental importance in social research so as to be flexible when analyzing the problem that is being researched, which enables a response to be made to the complex reality in which it is enclosed, understanding that tackling it from one sole approach, may lead to biases which would condition the method and results of the research. For instance, in literature about mixed methods great emphasis can be found on the importance of freedom of choice of the methods the researcher can use, the enrichment due to analysing the study problem from different ways of understanding the world, from different assumptions, different strategies for gathering information and the analysis process, as well as the possibility of using a variety of techniques, procedures and proposals which best fit the research problem.

Alternating methods, approaches and quantitative and qualitative strategies to carry out the study process, means more than simply gathering and analysing both types of information, rather it requires the use of both approaches simultaneously so that the overall impact of the two methodologies together in the study is greater than that of the qualitative or quantitative research (Cresswell & Plano Clark, 2007). Within mixed methodology we can find different types of design which have their own characteristics. Greene, Caracelli and Graham (1989), presented 57 studies which used mixed methodology with specific designs. Cresswell, (1995:95) identified four types of design found in mixed methods: *“Sequential studies; parallel and simultaneous studies, design of equivalent studies; designs in which there is a dominating study and another which is less dominating”*; and Tashakkori & Teddlie, (1998) set out a fifth type of mixed methods design: a design for which the approaches had multiple uses. Other features in the pertinent literature have been found such as *“transformative”*; as well as fundamental aspects of this such as *“synchronicity, preponderance, mixture and theorization”* (Cresswell, 2009:206).

Due to the characteristics inherent to this research it has been possible to carry it out thanks to this type of method, as it has enabled working from a *“multiple approach, transferring the findings from one method to another to make a comprehensive analysis of the problem being researched”* (Cresswell, 2007:14) and make an interpretation of it as a whole.

This study is characterized by the application of a mixed, sequential, concurrent and transformative methodology in which the different types of methods and strategies for gathering information are connected combined and integrated. It has mainly been guided by the qualitative method since the overriding intention is to explore the topic with the participants in a specific place or a characteristic, and in a sequence. However, quantitative data has been used to cross-reference the information, reinforce the results and complement the larger study with a sub-study (quantitative) which enables aspects of the reality lived by the collective to be revealed which would not have come out by use of the qualitative approach on its own.

2.5.2.1 Justification for choosing the mixed methodology:

Epistemology:	Methods:	Characteristics:
Pragmatism		
Consequence	Sequential.	Synchronization.
Actions	Concurrent.	Predominance.
-Problem focused on		
-Pluralist-	-Transformative	-Mixture:
Guided by practice in the real world	-Studies in which the method predominates (Quan-Qual/Qual-Quan).	-Connected
		-Combined.
		-Integrated.
		-Theorization.

The main reasons for why the mixed methodology has been used to research the problem will be explained by looking at the work of Cherryholmes, (1992); Morgan, (2007) and Cresswell, (2007).

Some of these reasons have already been mentioned and respond to fundamental criteria for this method as regards freedom to choose; freedom to choose methods; the possibility of making pluralistic use of the approaches and strategies to analyse the information (in detriment to choosing a sole approach), procedures that best fit the proposals and needs of the reality of the study.

Other reasons are:

1. To extract quantitative information from a wide sample (17 people) about the characteristics of the symptomology, quality of life, attributes of the participants in different areas and contrast this information with qualitative information focused on six case studies. Both types of information are crucial when cross-referencing information between both data sets which enable qualitative and quantitative results to be created, which is founded on practice, reflexions and conclusions.

2. Explore if the symptomology is relieved or improved with art therapy from different angles:

a) Qualitative, includes the perspective of the participants, their stories, observation of the art therapist-researcher;

b) Quantitative, the quantitative results can be explored by questionnaires and graphs which enable greater understanding of the effect therapy has.

3. Contrast, by cross-referencing information, the different perceptions (participants, researcher, supervisor) as regards whether there has been an improvement in the case study, with the results of the quantitative questionnaires which explain about the situation starting from the situation after therapy has finished; and so on with the range of sources and resources for gathering the information.

4. Produce new information from the information gathering strategies and that these inform about aspects that cannot be contemplated by means of an individual analysis of each of the

strategies or sources.

5. Have more pathways by which said phenomenon can be thought of by means of cross-referencing the qualitative and quantitative information gathered.

6. Reflect the results and the "empty" spaces. The empty spaces could refer to the quantitative results which do not correspond with the information gathered by the participant and/or researcher or vice versa, thereby opening question marks, queries or hypothesis which explain said spaces.

7. Construct the results of six case studies as regards multiple information based on different registries: censorial, quantitative, qualitative, visual, perceptive, subjective.

8. Increase the sources of truthfulness for a result and decrease researcher bias.

9. Increase understanding of the problem under research.

10. Broaden quantitative numerical trends and details of the qualitative research.

11. Explore the results of a few case studies in depth including both quantitative and qualitative results.

12. Assess if symptomology has been relieved or improved as subjective information for the participants is gathered, at the same time as the quantitative information (depression questionnaires, quality of life, impact of FM) could inform about how these are improving both subjectively and quantitatively.

2.5.2.2 Uses and fundamentals of Qualitative Methodology:

First of all, it has been selected because it allows special attention to be paid to the meaning that people ascribe to things and situations. One of the goals of the researcher is to capture the "*participant's perspective*" which reveals the internal dynamics of the situation that is being studied. Likewise, it will therefore be possible to better understand the subjectivity of the participants who are involved in this project; the researcher seeks to understand people within the framework of their own perspective. The purpose is to get information from the people who really know what occurs with regard to their situation, conflict, or problem and tries to look for new ways to cope with the difficulties of their disease through art therapy.

Secondly, in the section below, some characteristics of the epistemology of it will be commented on, and also how it is related with the epistemology and approach of this project. Qualitative methodology is based on the idealist philosophy by which reality is socially constructed through individual or collective definitions, the man/woman is conceived as a subject and actor, the meaning is the product of social interaction, and the truth is relative and subjective. (Eisner, 1981) is concerned with the understanding of social phenomena. This process of interpretation involves a constant movement between the parts and the whole.

This study is carried out from a holistic perspective, in which it is considered that the individuals, groups and scenarios are not reduced to variables but considered as a whole. It is important to highlight that the researcher is sensitive to the effects that she could cause on the people that are the object of this study; the research and its process can change the reality to study. One important point and characteristic of this process is that the whole perspective has been evaluated: participant and researcher. Another significant point is that this study is focused more on the process than on the product.

Art therapy is located within the group of qualitative alternative ways to investigate. These ways were born as a reaction to positivism and interpretative hegemonic approaches of the science (quantitative methods), Marín, (2005). The key proposal presented to differentiate between the quantitative and qualitative methodologies is the “quantity” versus “quality”. The qualitative approach intends to understand the process in depth (Marin, 1987). With the shift to post-positivism (and qualitative methods), the view of the researcher changed from an objectified observer to a subjective participant Denzin, Lincoln (1994). This new paradigm is characterized by reconsidering the relationship between theory and practice, and it was increasingly focused on the relationship between the researcher and the research participant and how this paradigm is impacted on by the knowledge generated (Lather, 1991; Rose, 2002; Shedurich, 1997). Marin (2005: 23) said *“The human and social science proposed to explain how human beings are, both individually and collectively (how do we live?, how do we think? Etc.), and in qualitative research the researcher pays attention to other human beings, including themselves, with regard to how we feel, how we speak, etc. It has an auto-reflexive characteristic, it is intended by this method to be able to understand and explain itself”*⁴.

Researching psychotherapy is both challenging and complex (Garfield, 1992). Conventional methods of research do not capture practice; the practice is concerned with a specific relationship, one that is difficult to quantify. Perhaps there is a need for the research method to be located within the field of relational research. Where the relationship developed between the researcher and the research participant is the primary relationship, the relational aspect is further demonstrated through the process of data analysis that culminates in the research report (Rose, 2002).

This investigation has been carried out via the following phases of the qualitative methodology:

1) Didactic: A review of the literature from both: the last ten years in topic of research and Art Therapy, Psychoanalysis, Psychosomatic, and Gender mandates with regard to fibromyalgia and chronic pain has been carried out (though there are also a few older bibliographies and some from other approaches).

2) Inductive: five different actions have been undertaken within the research. Three of them were interventions in art therapy workshops with people who suffer from fibromyalgia. Two of them are related to the collaboration that I did with other research groups (such as Goldsmith and Haifa Universities), which also belongs to the third phase of the heuristic method called “Incubation”.

3) Adaptive: this phase is characterized by doing an adaptation between the two previous phases (theory and practice) and links with the sixth phase of the heuristic method known as “Creative Synthesis” (Moustakas, 2000). A new knowledge was learned through the reflexivity process from participant and researcher.

Marin, (2005: 231) stated *“among the main theoretical approaches in qualitative methodology, we can find some from an old tradition such as: the Hermeneutics, Marxism, and Psychoanalysis;*

4 In the 1960s, art Therapy took off. It used art as a method, a form of analysis, an item or a whole, in qualitative research. As Eisner (1981) claim, knowledge may also come from the experience, and art is a way to experience it. Sullivan, (2004) proposes a research approach that allows one to theorize the practice of the Visual Arts, which is related to three paradigms: the interpretivist, the empiricist and the critic. Sullivan argues that transformative theories of human learning can be found in the experience that takes place in the art workshop. Art Therapy can also be known as psychotherapy based in Art, since it is characterized by using the creative process and the resulting objects in order to conduct a therapy. Art Therapy undertakes therapeutic processes in which artistic representations (drawings, paintings sculptures) act as mediating objects that enable dialogues and connections with the unconscious of the subjects or their cultural references. In this type of research, the most important point is not the illustration, but the knowledge that is produced, and from a narrative methodology in which the different viewers generate relationships with stories and make connections.

and other more recent ones such as: Social Constructionism, the Feminist Theories, the Multiculturalism, the Post-Structuralism, the Post-Modernist theories and Queer theory”.

The orientation line of this work is Psychoanalytic Art Therapy and from this approach the knowledge emanates from the practice, in which the practitioners are involved in the therapeutic process. It is a relational research process, for research is positioned as something in which practitioners can be actively involved in their day-to-day practice. Research is thus one component of practice, rather than seen as something that “others” (those who are not involved) do. In this way, there is a shift from evidence-based practice (theory informing practice) to practice-based evidence (practice informing theory).

Below, further similitude and differences will be mentioned between these projects with the adaptation methodologies that have already been described.

Subsequently, the next method that has been selected will be described. This study has also been conducted by an adaptation of the Action Research method.

2.5.2.2.1 Action Research:

Carr y Kemmis (1988) stated that Action Research is characterized by an ambiguous and heterogeneous nature. It admits a variety of uses and interpretations and shows a lack of specific criteria to ease restrictions on the range of methodological approaches. This approach has been selected because it is started by the following point, one of them from an epistemological and methodological analysis, from which hegemonic forms of research on the application of procedures ‘give voice’ to reality are questioned. Another point, using artistic methods (literary, visual, performance, musical) to account for the phenomena and experiences that the study addresses via questions. Some linking points between this method and the research in art therapy are: firstly, as it is being applied to a given reality it is renovated through a dialectic process which leads it to change; secondly, both processes are carried out “with people” and not by or for persons. These two axes are put in place owing to the need to explore, from alternative positions, forms of representation of reality which allow, from its complexity, the showing of experiences and relationships that are usually invisible by traditional means of accounting for the evidence and analysis that underlie narrative research.

Although the term ‘Action Research’ has existed for a long time, Hess (1988), it is Kurt Lewin who is considered the creator of this term. Since the first work of Lewin (1946) introduced a particular way to understand and research the human phenomenon, he did not break with the traditional way to research, but he introduced an adaptation to social action programs of the traditional model. (Carr y Kemmis, 1988). This model is characterized by social changes involved in producing those men and women who will make changes. His method of research produced an enrichment of the psychosocial sciences. In this way, the psychosociology would be able to approach, observe, measure and understand processes that were inaccessible until then. Kurt Lewin undertook the research of the action because he aimed to advance in the sense of practical science. Among his works, two of them deserve to be outlined, because from them the essential bases that currently hold the concept of Action Research will be discarded. One of them makes reference to the “three climates of authority”; from there the fundamental concepts and techniques of group dynamics will be developed. The disciples of Lewin Kurt: Benne, Bradford and Lippitt, developed the Training-Group theory. And another important contribution was due to Carl Rogers, who will allow the group dynamic to be evolved toward non-managerialism forms focused on the client. Likewise, all these concepts and theories are in the base of the orientation (psychoanalysis and theory of group) selected to conduct this research. And the second reference is Lewin Kurt’s work, about a kind of research that tries to change the eating habits of the American people. In order to carry out this kind of

study, a method in which the researcher adopts different roles is required: observer, analyzer and diagnostician. Although Action Research was absorbed from the education and social field from the beginning, the position of Lewin as a researcher was integrationist, because he framed his research within the logic of the demand of the institution. Also, further investigation carried out by Action Research has been adapted and reformulated from other fields of research for which it has been undertaken. For instance, an important *"stream which modified the Action Research was the French Institutional Movement"*, (Hess, 1983: 14-15), whose concrete experiences are part of the AR (Action Research). The movement of Institutional Pedagogy dates back from 1966 and has been developed by Lapassade and Lourau as a form of Action Research. Later, this institutionalized French movement evolved and incorporated existentialist lines (Sartre), Marxists (Althusser), psychoanalyst (Freud), clinical and therapeutic sociology, etc.

As a result, various types of action research emerged, such as: Institutional AR existence (Barbier), AR clinic (Barbier, Kohn, Zimmermann, etc) and the incorporation of the-political-libido-existential socio historical dimensions of individuals and groups in the process of action research (Barbier, 1977). This study will be placed within the emerging Psychoanalysis Action Research. Action Research makes use of the following streams: psycho-sociology theory and social critical theory in order to conduct their method. Tavistock opened new ways of working combining general medicine and psychiatry with Freudian psychology and social sciences and Jung's theory in order to help people to deal with various issues related to human resources. The psycho-sociology uses psychoanalytical concepts that help to face the interpersonal relationships and the interaction between the person and the group. It recognizes the role of the unconscious in social behavior and collective representation and the inevitable expression of transference and counter transference.

The work of Balint, (1954); Jacques, (1951) & Bion, (1961 in López, 1987) are historical milestones in the formative years of psycho-sociology. Other references in this field are: Amado, (1993); Barus-Michel, (1987, 2002; et al.); Dubost, (1987); Enriquez, (1992); Lévy, (2001); De Gaujelac, (1997); & Giust-Desprairies, (1989 in López, 1987). Perspective 'socio-psychoanalytic' Mendel, 1980); Mendel, Prades, (2002); Anzieu & Martin (1966 in López, 1987), in groups of psycho-analysis and collective theory of the 'mental ego'. Different keys between these schools and the methods are based on the weight assigned to the analyst's experience in understanding group behavior and impressions, as well as the social aspects of group behavior and even what affects them. Both approaches, Action Research and Psychoanalysis Art Therapy, share content and interpretations of reality to study and how to promote changes in people who actively participate in the creative process.

In this study, we can find the base of the content of Action Research in regard to the psychoanalytic approach, group theory, as well as the way to research and understand the reality. One characteristic of obtaining knowledge found in Action Research and in this study is from the group dynamic, but it is also possible in this study to obtain knowledge from the transferential relation with the artistic object and even with the therapist.

Another stream that has an influence in building the methodology of Action Research, and converging in common with this study is the social critical theory of Herberman (Carr and Kemmis, 1988: 149):

"It focuses on critical social science as a provider of <the type of self-reflective> understanding through which individuals can explain why they feel frustration by the conditions by which they act and the necessary conditions to resolve the sources of the frustration will be suggested".

Herberman thought that the critical social theory needs a method to acknowledge individual problems that distort communication and understanding, and it allows engagement with a critical reconstruction of the possibilities and the emancipation of suppressed desires. Likewise, he made

use of different methodological processes of psychoanalysis. He adopts the method of self-analysis as a means to bring awareness to those distortions in self-assertive patient processes that prevent their correct interpretation of themselves. By transforming the self-understanding, the individuals should be able to interpret themselves, a new way to alter the repressive conditions, and it could be possible using the analysis of the languages. The Action Research has a set of features Vidal & Rivera, (2007), among which the following can be distinguished. I am trying to establish the similarities and differences:

In all likelihood, the main difference between Action Research and this study is the situational-context: diagnosing a problem in a specific context, trying to solve it. This is the main difference also with the qualitative methodology because the environment of the study is not natural. On the one hand, the participants went to a specific place (Association of fibromyalgia and Public Hospital Virgen de las Nieves in Granada) in order to receive the treatment. Rustin (2001), makes reference to how the consulting room can be seen to be a laboratory. The environment was closer to the laboratory study than to the natural study. On the other hand, we could open the reflection in the same way the teacher researches in a school or the social worker researches with a specific collective and stay in the village or place for a while in order to understand the phenomenon in their natural environment; in the context of this research study, the art therapist researches art therapy through workshops.

During the whole process of the research I have been trying to observe whether art therapy could be beneficial for the women who suffer fibromyalgia or not. These observations have been tested by narrative case study methodology. The in-depth and first-hand experience of the reality of the study allows me to acquire knowledge beyond the preconception idea found in the literature. I would like to highlight that I have undertaken five different phases of Action Research and each of them has been characterized by a different process and adaptation of the methodologies of investigation. The two first instances of Action Research are considered as pre-work or pre-diagnosis, the third one, belong to the first immersion of the researcher and collaboration with international research group, the fourth one the fundamental work of the thesis, and the fifth one the second immersion of the researcher and collaboration with international research group. I consider them a fundamental work in order to achieve the inductive part, which is considered the foundational part of the investigation.

Some of the characteristics found in the whole process are:

A) Interactive, because it provided an increase in knowledge (theories) and it was an immediate improvement of concrete reality.

B) Dynamic, because the process was transforming and changing itself according to the evolution and the knowledge obtained from the case studies.

C) Some stages of the phases are suggested, but do not follow a predetermined plan. The three different actions are given in successive steps, where each of them is a result of the previous step.

D) It follows a cycle of assessing a situation or problem; it has outlined a devising plan of action, monitoring the effectiveness of the intervention and modifying the action research in the light of feedback. Having completed a case, I took the practical knowledge of what worked (and didn't work) that I have gleaned from the case, and applied it to subsequent cases in subsequent action research. For instance, the second phase is a result of the previous phase and the third phase is a result of the amount of knowledge acquired in previous steps.

E) Self-evaluated; the process has been constantly self-evaluated, following the spiral circle in which the participant builds reflexive knowledge and introduces a new information which is transforming the reality, and as a consequence in the next action new modifications will be introduced and these new modifications will be continuously evaluated, and it will be again

reformulated in the next action; f) the findings are applied immediately for the next action.

F) The findings are applied immediately for the next action.

The aim is to improve practice, and analyze how this practice can produce theoretical findings or pragmatic knowledge and how those findings can be applied for the next action research in order to be tested, and this scheme has been used in three different instances or three action researches. Another aim is to accumulate diversity of interpretations that enrich the vision of the problem facing the best solution. For this reason, qualitative and quantitative gathering of the information has been used to be able to carry out triangulation of the material. I would like to point out that during all the phases, the co-researcher participated actively, took part in the improvement of the research, and constructed the process of the evolution and even the "reflexive knowledge". The researcher provided a continuous feedback to the co-researchers, and I would also like to add that all the changes, redefinitions, etc., introduced in the Action Research, were analyzed considering the case study as a whole and not only for some specific variables. In this study, three fronts have been specially considered in regard to both the formulation of the hypothesis as the opening of a challenge to improve the practice in art therapy.

The aim of the first front was to become deeply immersed in the subjective experience and narratives of the women who suffer from fibromyalgia: their thoughts, ideas, preconceptions and cognitive distortions, in regard to the origin, development and impact of the syndrome in their lives. I was also interested in becoming immersed in the psychological strategies that they had been using until that moment. I analyzed them and I gave a feedback to the participant in order that they could gain awareness. I have accompanied them in the process to seek the possibility to begin a work of clarification and ordination of some aspects of their subjectivity that could influence the level of pain, with the objective of providing new possibilities to cope with the syndrome of fibromyalgia.

2.5.2.2.2 Case Study as a chosen tool to describe evidences:

I especially consider the case study methodology to be the best suitable to produce this kind of knowledge. Flyvbjerg, (2005) claimed that one of the roles of the case study is to be focused on the human affairs, (it implies exploring phenomenon at first-hand) because there appears to exist only context-dependent knowledge. For researchers, the closeness of the case study to real-life situations and its multiple wealth of details are important in two aspects. Flyvbjerg, (2005: 422) stated *"It is important for the development of a nuanced view of reality, including the view that human behavior cannot be meaningfully understood as simply the rule-governed acts found at the lowest level of the learning process, and in much theory"*. Throughout the case study I wished to test how the most minute and most concrete of details uploaded from their narrative could provide important reflexive knowledge in order to better understand the subjectivity of the women who suffer from the fibromyalgia syndrome. The case study is considering itself as a result of the research. With respect to intervention in social and psychotherapy affairs, Abbott, (1992:79) claimed *"has rightly observed that a social science expressed in terms of typical case narratives would provide far better access for policy intervention than the present social science of variables"*. MacIntyre, (1984: 216) similarly said, *"I can only answer the question of what story or stories do I find myself a part?"*. Several observers have noted that narrative is an ancient method and perhaps our most fundamental form for making sense of experience. (Novak 1988: 175; Mattingly, 1991: 237; Arent, 1958; Fehn et al. 1992; Rasmussen, 1995; Bal, 1997). Narrative inquiries cannot start from explicit theoretical assumptions. Instead, they begin with an interest in a particular phenomenon that is best understood narratively. Narrative inquiry then develops descriptions and interpretations of the phenomenon from the perspective of participants, researchers and others. Nehamas, (1985: 163-4) states *the narrative itself is the answer*.

On the second front, the main concern was to test whether it was possible or not that the co-researcher could build some new skills or strategies through art therapy that allow them to improve (they were not expected to be cured from the syndrome because it is an irreversible disease and also for the limitation of the duration of the workshop and study) their quality of life and better handle the impact and limitation of the fibromyalgia. In order to get an effective result and achieve this objective the case study might be suitable because unlike other methodological approaches, at least this method has the potential to yield knowledge and understanding that is imbued with these values. Likewise, this second front is rooted with the third front.

The third front is focused on the improvement of the practice of art therapy in both providing a literature that currently does not exist in Plastic Art Therapy, and as practitioner and researcher. The growing literature on case formulation in counseling and psychotherapy provides a concrete example of how the inclusion of case study methodology and research within both training and continuing professional development can make a direct contribution to clinical effectiveness, McLeod, (2010). Since Sigmund Freud, one of the pioneers of psychotherapy who sought to analyze their practice, case studies have remained a central strand of the knowledge base for counseling and psychotherapy. Case reports have had a significant impact on the field of counseling and psychotherapy in a variety of ways, one of which is the contribution to the research and theory-building field.

Yin (2009: 18 in McLeod, 2010: 9) defined a case study as: *"...an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon in depth and within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident"*. In this study the process of seeking has been activated in all the members of the study. Throughout the art therapy one looks to understand the essence of the conflict and the main problem that interferes in the intensity of the pain. I consider the case study methodology suitable for this third front that I have already mentioned, for the following reasons: first, case studies offer a form of narrative knowing; second, they provide an efficient way of representing and analyzing complexity; third, case studies generate knowledge-in-context; four, case studies are an essential tool for understanding practical expertise in action (McLeod, 2010). One of the central arguments for an important role for case study research in psychotherapy, therefore, is that it provides a source of narrative knowing that is needed to complement the findings of studies that generate abstract or paradigmatic knowledge. Likewise, a case study produces *"the type of context-dependent knowledge that research on learning shows to be necessary to allow people to develop from rule-based beginners to virtuoso experts"*. (Flyvberg, 2004:421). Context-dependent knowledge and experience are at the very heart of expert activity. Such knowledge and expertise also lie at the center of the case study as a research and teaching method, and as a method of learning. As Flyvberg (2004) reflected in his paper *"Five misunderstandings about case-study research"*, it is only because of experience with cases that one can at all move from being a beginner to being an expert. If people were exclusively trained in context-independent knowledge and rules, that is, the kind of knowledge that forms the basis of textbooks and computers, they would remain at the beginner's level in the learning process. Cases are important for researchers' own learning processes in developing the skills needed to do good research. In order to develop a high level and one's own skills as researcher and practitioner, context-dependent experience is just as central to it as for professionals learning any other specific skills. Concrete experience can be achieved via continued proximity to the studied reality and via feedback from those under study.

If one assumes that the goal of the researcher's work is to understand and learn about phenomena being studied, then research is simply a form of learning. If one assumes that research, like other learning processes, can be described by the phenomenology for human learning, it then becomes clear that the most advanced form of understanding is achieved when

researchers place themselves within the context being studied. The proximity to reality that it generates for the researcher will often constitute a prerequisite for advanced understanding. In this context, I would like to mention one of the conclusions formulated by Beveridge (1951 en Flyvberg, 2005: 429) in regard to case studies: *"There are more discoveries stemming from the type of intense observation made possible by the case study than from statistics applied to large groups"*.

Subsequently, in the following pages, I would like to mention which type of case study I have selected in order to have carried out the research and I would also like to describe a set of principles for carrying out systematic case study research. This set of principles has been very important in this process because it has facilitated the avoidance of or the decrease in the possible bias or counter-transference arising from the researcher.

2.5.2.2.1 Typologies of Case Study Methodology

I will mention just some of the typology to which I have paid special attention in order to carry out the methodology. I did not follow all of them completely but I used part of their systematic way to outline the project.

A) *"Hermeneutic Case Design"* (HSCED). Elliot, (2001, 2002) stated that the purpose of this method is to determine whether the client has substantially improved as a result of the therapy that he or she has received. HSCED creates a rich case record, including both qualitative and quantitative outcome and process data, thus making HSCED sensitive to any kind of change that could occur in the client. Analysis of the complex data set that is generated in an HSCED study is hermeneutic or interpretive in nature; to interpret the relevance of all of the data that has been collected, in respect of three key questions: Is this a good outcome case? Can the outcome be attributable to therapy or has it been brought about by some other means? What elements within therapy brought about the participant's changes?

In order to respond to the first, an affirmative stance, another question will be opened, such as: What is the evidence that supports an interpretation of good outcome? Followed by a skeptic stance, such as: What is the evidence that supports an interpretation of poor outcome?

B) *"Narrative Case Study"*:

The aim in this type of method is to allow the reader to gain a sense of what the therapy was like for both participants and the therapist. All the information has been recorded, and in the writing of the case study I used literally the narrative of participants in order to follow the principles of qualitative research, in terms of transparency about the way in which the data were collected and analyzed. In the appendix of this thesis the reader will find all the original proofs in regard to the strategies of gathering information.

Narrative case study also serves as a heuristic source of ideas for the development of theory and research.

C) *"Theory-Building Case Study"*:

Kvale, (2001 in McLeod, 2010: 21) which argued: *"psychoanalytic case studies have been hugely successful in being able to generate theoretical ideas"*.

Case study evidence can be used to disprove a theoretical proposition, or to point out the limits of its applicability. Complex theoretical frameworks can be refined over a series of cases, by using each case as a "testing ground" for the explanatory power of the model. In case study research, generalizability is not achieved through counting, but by

the development of theory. The key idea here is that what is learned from any case study is not a statistical generalization, but a way of making sense, and that it is this theoretical construction that can be generalized to other cases (McLeod, 2010).

In this study, the strategy that has been adopted by several groups of theory-oriented case study researchers McLeod (2010) has been taken into account. Firstly, to formulate a comprehensive statement of the theory, and to develop ideas around the kinds of events, or processes that might be predicted to occur within therapy, if the theory was valid. Then, a rich case record is assembled that includes all possible information that is relevant to the theoretical concepts that are to be examined. The case data are then analyzed using established techniques for qualitative research, or coding systems, in order to determine the extent to which the processes that were predicted by the theory events are closely examined in order to generate new concepts and models. These new ideas then become part of an enhanced theoretical framework that is tested out in another case. As this inquiry cycle continues, the theory becomes more comprehensively grounded in evidence, and at the same time more differentiated. This whole endeavor is undertaken by a team of researchers, to facilitate dialogue and debate around theoretical interpretations of case material, and to forestall any tendency toward a premature rush to judgment in favour of individual theoretical prejudices.

2.5.2.3 Quantitative Methodology:

I have carried out, together with The Emili Sagol Research Center for Creative Arts Therapies (CAT), University of Haifa, the following pilot study called “fibromyalgia as reflected in self-figure drawings by individuals diagnosed with fibromyalgia”.

This pilot study attempts to fill the void that currently exists in the literature regarding the syndrome of fibromyalgia and the difficulty with the diagnostic and identification process. This study links with the four hypothesis of the research.

The goal of this study was to evaluate whether the self-figure drawings by individuals diagnosed with fibromyalgia provide diagnostic indicators of the disease. The sample (n = 34) consisted of two groups (study vs. control). All participants were asked to create a self-figure drawing. The results indicated that the self-figure drawings of the study differ in body line and posture in contrast to the control group; individuals who suffer from Fibromyalgia drew a weaker body line and posture.

Due to the divide amongst medical professionals on the aetiology of FMS, the diagnostic procedures for FMS are greatly varied. The current study made an attempt to find diagnostic indicators of FMS through non-medical procedures. Study participants with FMS (study group) were asked to create a self-figure drawing, which were later compared to the self-figure drawings created by the study participants not suffering from FMS (control group).

Self-figure drawings as a tool for evaluation:

Self-figure drawings have often been used as a psychological assessment tool for the evaluation of distress and illnesses (add REF). The self-figure drawing technique used in

this study, which was developed by Machover (1949), is called the Draw-A-Person (DAP) test.

The DAP is based on the idea that the figure drawn represents the subject, while the paper represents the subject's environment. The figure drawn usually reflects the drawer's deep acquaintance and inner knowledge of the self (Furth, 1988; Gillespi, 1994 & Lev-Wiesel, 1999, 2000). Recently, several articles have been published that have analyzed the use of self-figure drawings in measuring different mental and physical difficulties, such as:

Dissociative identity disorder Lev-Wiesel (2005), deafness Lev-Wiesel & Yosipov, (2005), schizophrenia Lev-Wiesel & Shvero, (2003), and eating disorders (Guez et al, 2010).

Researchers have concluded that a figure drawing is a useful instrument for identifying somatic and psychological problems (Gillespie, 1994; Furth, 1988 & Kaplan, 1994).

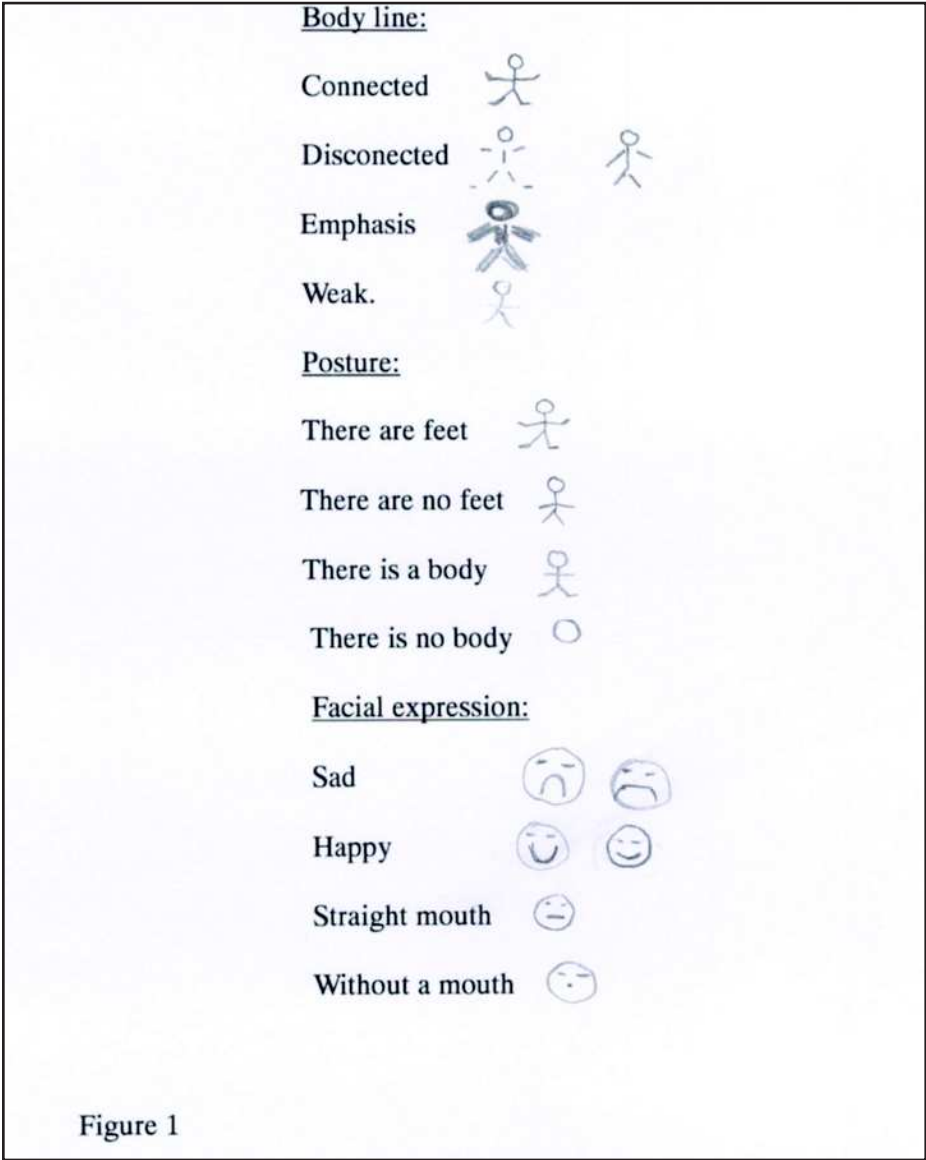
Based on the above, the study aimed to examine whether Fibromyalgia is presented in self-figure drawings of people who are diagnosed with this syndrome.

Method:

Participants and Procedure:

After signing a consent form, 20 adults (6 males and 14 females) diagnosed with Fibromyalgia were asked to draw self-figure drawings. Controls were recruited and matched according to age and education. Regarding the demographics, the mean age of the participants was 40.55 (SD = 14.7). Most of the participants had higher than 12 years of schooling (84.3%). (See annexed p: 1-62).

Participants were given a blank sheet of paper, sized A4, and a pencil, and they were asked by a social worker to draw themselves; no further instructions were given. When they were drawing, some of the participants asked questions or commented on their own drawing (e.g., "all of me?" or "Is this what you wanted from me?"). The answer to all questions was "as you wish" or "as you see fit." Following completion of the task, the drawings were given to two social workers (who are also art therapists) for independent assessment. The therapists were asked to assess the prominence of each of the indicators selected on a 4-point scale ranging from very prominent to not at all prominent. Based on evidence from the literature Hammer (1997); Koppitz (1968); Oster & Montgomery (1987), the indicators selected for comparison were those that reflect the symptoms of fibromyalgia such as depression, physical pain, and fatigue. These elements were as follows: Body line for physical pain, physical weakness and fatigue, Cigarán, (2004/2011); Guiote (2011/2012/2014); posture, fierce stance vs. unstable posture, as a representation of lack or low energy and fatigue, (Bojner, Theorell & Anderberg, 2003); Cigarán, 2011); and facial expression as a representation of how the person feels (Guiote, 2012; Cigarán, 2004).



2.6 Estrategias de recogida de información:

A continuación se va a describir a modo general las estrategias de recogida de información utilizadas en el cuerpo práctico de intervención. Y en cada una de las fases de intervención se detallará qué estrategias se han usado y como las mismas han ido remodelándose y cambiando con su correspondiente fundamentación.

A la hora de seleccionar los medios que permitiesen registrar el material que las pacientes expresaban, comunicaban y creaban tanto a nivel verbal y no verbal se ha tratado de tener en cuenta el mayor uso de diferentes fuentes de información como fuese posible, teniendo en cuenta el conjunto de principios estipulado por Erikson (1987):

- Observación cerrada.
- Entrevistas.
- Autobiográficas.
- Cuestionarios
- Observación.
- Técnicas proyectivas.
- Análisis de datos.

La diversidad de fuentes de información extraídas de diferentes campos de la salud, ha permitido recoger datos de diferentes áreas -ontología del síndrome de la fibromialgia, materiales inconscientes, evolución de su trabajo durante los talleres, perspectivas cualitativas y cuantitativas-.

Se ha contrastado la información con un equipo de investigadores y profesionales para la triangulación de los datos recogidos, para que el material sea menos susceptible a prejuicios o influencias de la transferencia y contratransferencia surgida desde un trabajo abordado desde el enfoque psicodinámico. Se detallará cada uno/a de los profesionales que han participado en este estudio a modo de equipo interdisciplinar.

A través de las dos primeras fases de intervención (pre-diagnos) se ha podido recoger información de ciertas características halladas en esos estudios de caso con la literatura y crear unos análisis teniendo en cuenta ciertos conceptos claves del psicoanálisis, psicopatología, género y arteterapia sobre las posibles dificultades que podrían encontrarse en el abordaje de los siguientes estudios de caso de la cuarta y última fase del estudio de campo. Dicho análisis ha permitido poder pensar ciertas posibles problemáticas previas a modo de generalizaciones y conclusiones extraídas de los casos anteriores, tendiendo siempre presente la singularidad de cada caso.

En la cuarta fase de la investigación (fundamentación del cuerpo práctico) se trabajó con dos grupos de mujeres que sufría fibromialgia. Las estrategias de recogida de información fueron: observación cerrada, diarios artísticos de las usuarias, notas de observación, imágenes de las obras creadas.

A continuación se van a presentar los instrumentos objetivos de medición utilizados en esta fase:

2.6.1 La observación cerrada:

Es un registro que observa un total de 74 items, en los cuales se explora la relación de cinco categorías psicológicas (asertividad, autoconocimiento, comunicación, autocrítica y resolución de conflictos) en relación de la observación de los procesos creativos, miembros del grupo, y arteterapeuta. Se ha evaluado con puntuaciones que oscilan del 0 al 5, siendo 0 la puntuación más baja, de capacidad y 5 la más alta.

2.6.2 Entrevistas:

Esta estrategia se utilizó en la cuarta fase de intervención con dos grupos: experimental y control.

A través de las entrevistas se recogió información diversa: historial médico, farmacológico, relaciones familiares, sociales, infancia, laborales y percepciones o ideas en torno al síndrome.

La razón de seleccionar este tipo de entrevista respondía al modelo de intervención que desarrolló (Cigarán, 2004) en su tesis doctoral *“Danza Movimiento Terapia y Fibromialgia: una aproximación al dolor en todas sus dimensiones”*. El motivo de este procedimiento se debió a la inexistente bibliografía en arteterapia y fibromialgia que había cuando se inició esta investigación, y entre las escasas referencias en el campo de arteterapia y terapias creativas en general y fibromialgia, se estimó que esta investigación era lo más cercano al tema de estudio. Se partió de la idea de continuar (aunque el setting de intervención seleccionado era diferente) las directrices cuantitativas que se habían utilizado en ese estudio, para poder contrastar los resultados de esta investigación con su estudio validado, y poder de tal modo, profundizar aún más y construir, un aumento en el cuerpo bibliográfico en terapias creativas y fibromialgia.

Dado a que la investigación de Sara Cigarán se realizó en el 2004 y este proyecto se iniciaba en el 2009, se decidió revisar dichos atributos metodológicos con otras investigaciones más recientes y actualizar las estrategias de recogida de información. Se analizó la investigación que llevaba a cabo Manuel Delgado en el campo de la educación Física, el Deporte aplicado a personas con fibromialgia desde 1996⁵. El intercambio de información con este profesional permitió re actualizar algunos registros y ampliar la metodología de Sara Cigarán.

Las entrevistas se realizaron al inicio de los talleres, al final de los mismos y tres meses después de la finalización de la investigación. Después del tratamiento se utilizaron también una serie de preguntas (abiertas y cerradas) con el fin de controlar los posibles cambios en algunas variables como: el estatus laboral; nuevos medicamentos; la descripción de su fatiga y el grado en que le imposibilita en su vida diaria; la creencia de las causas del origen de la fatiga, y el posible sometimiento a algún otro tipo de tratamiento psicológico o alternativo para afrontar los síntomas y de ser así, en qué medida les podía haber ayudado.

Siete meses después de la finalización de los talleres, se realizó una entrevista telefónica a las participantes que recibieron los talleres de arteterapia con el fin de contrastar nuevamente si los cambios que habían experimentado se mantenía a lo largo del tiempo o habían empeorado⁶.

5 Estos conocimientos fueron fruto de las reuniones periódicas que la arteterapeuta estableció con el grupo de investigadores y profesionales que participaban en el centro de Agrafim que me permitían compartir información del campo de la salud del arteterapia con sus campos de la salud e incorporar medidas que encontraba válidas para mejorar este proyecto.

6 La conversación telefónica fue breve, y sin unas preguntas concretas sino solo cerciorar como se encontraban tras el paso del tiempo. Durante estas primeras entrevista también le informé que durante al final del mismo, podría orientarle si necesitaban información acerca de diferentes aspectos de la salud: hábitos en relación a la alimentación, actividades deportivas beneficiosas para la fibromialgia, terapias, literatura de diferentes campos, otros profesionales a quién acudir para consultas específicas, centros donde pueden obtener información de la fibromialgia

desde lo judicial hasta investigaciones en curso, etc. En las entrevistas les informé que no podían recibir ningún otro tipo de tratamiento psicológico mientras durase esta intervención, las personas que estaban ya en tratamiento o que iban a empezar lo fueron excluidas de este

Las entrevistas fueron iguales para todas y oscilaron entre una, dos y hasta tres sesiones según la persona.

En este espacio temporal les solicité a las mujeres que estaban dentro del grupo que iban a recibir los talleres de arteterapia una autobiografía. La propuesta era abierta, que escribiesen un resumen de sus vidas, tanto el formato, extensión, etc., era libre. La autobiografía serviría como una fuente de datos más a analizar sus percepciones internas, obtener información sobre cómo habían construido los vínculos fundantes (la relación con las figuras cuidadoras), aspectos de su infancia, las diferentes etapas de su vida, etc.

Al grupo que recibieron los talleres de arteterapia realizaron otras cuatro entrevistas más que no realizaron el grupo control:

1) 7º taller: entrevista semi-estructuradas de manera individual para recoger información sobre el efecto de las impresiones, percepciones subjetivas de los talleres y de la observación de las obras realizadas hasta ese taller haciendo una revisión retrospectiva de las mismas.

2) A mitad de los talleres y a final de los talleres se realizó una entrevista mixta (cualitativa y cuantitativa) que evaluaba sus percepciones en relación a si había habido algún cambio durante la terapia y sus impresiones acerca del mismo, si se esperaba dicho cambio en caso que se hubiese producido y si creen que el mismo o los mismos no se hubiesen podido producir sin la terapia. (Elliot, 2001).

3) En la tercera fase del taller se les dio una entrevista, la cual la tenían que rellenar de manera autónoma y en silencio. Se les encomendó que observase todas las obras realizadas hasta ahora y que respondiese a una serie de preguntas que relacionaban el material de las obras con aspectos emocionales de las participantes.

2.6.3 Cuestionarios:

Al mismo tiempo que se realizaron las entrevistas se les pasó⁷ a las pacientes una batería de cuestionarios antes de los talleres, otra batería después y otra, tres meses después de la finalización de los talleres. Se sigue trazando una línea de continuidad con los trabajos de Sarah Cigarán y Manuel Delgado.

Los cuestionarios utilizados Beck (1971), FIQ, Calidad de Vida Ruiz y Baca (1001), STAI (1982) siguen el modelo de selección de recogida de información de atributos cuantitativos realizado por Cigarán (2004). Y los cuestionarios SF-36 y Vanderbilt sigue el modelo de intervención usado por Manuel Delgado.

Esta selección de cuestionarios posibilitaría recoger información en torno a cómo se encuentra tanto a nivel físico como psicológico las participantes antes de iniciar las sesiones de arteterapia y los posibles cambios reflejados con datos cuantitativos una vez acabada la terapia y tres meses después de la misma. Dada la característica principal como herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico, se ha usado en esta investigación como un instrumento metodológico para reforzar la fundamentación o refutar si el tratamiento ha sido efectivo o no. La manera de presentar dicha validación se ha hecho mediante el análisis de las medias y desviaciones típicas de los resultados obtenidos, contrastándolos con la información cualitativa. La triangulación de ambos tipos de información posibilita presentar los resultados de los análisis de casos con mayor rigor.

A continuación se van a detallar cada uno de los test:

estudio.

⁷ Los cuestionarios fueron entregados y recogidos por la investigadora de la tesis doctoral.

A) Escala de depresión de Beck (1971):

El Inventario para la Depresión de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961); Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), denominado también por el acrónimo BDI (Beck Depression Inventory), es el instrumento según Sanz y Vázquez, (1997:305) de *“autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora”*. Piotrowski (1996) lo ha situado entre los doce test más utilizados en los últimos diez años entre los profesionales clínicos de los Estados Unidos de América. Otros autores que fundamentaron la validez de este test para identificar sujetos depresivos subclínicos han sido Ruiz y Bermúdez (1989); Tennen, Hall y Affleck (1995); Vázquez (1986, 1995); Vredenburg et al. (1993).

Tanto en su versión original de BDI-I; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961) como en su versión revisada de BDI-IA; Beck, Rush, Shaw y Emery (1979); Beck y Steer (1993), señalaron que ha sido ampliamente utilizado como medida de sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psicológicos y en población normal, hasta constituirse en el instrumento auto aplicado para evaluar la depresión más utilizado en la clínica Beck, Steer y Garbin, (1988); Piotrowski, (1996) en Sanz, Navarro, Vázquez, (2003); Buceta, Polaino-Lorente y Padrón, (1982); Camanes y Mas, (1984); Merino, Fernández-Rey, Rivadulla y Raindo, (1987); Ruiz, (1989); Ruiz y Bermúdez, (1988, 1992 1993); Ruiz y González, (1994); Ruiz y Maldonado, (1983); Ruiz y Vielva, (1991); Sanz, (1992, 1994, 1996); Sanz y Avia, (1994); Vázquez, (1987) en Sanz y Vázquez, (1998).

En España, desde mediados de los años 70 existe una adaptación española de la versión revisada de 1978 (Sanz y Vázquez 1998; Vázquez y Sanz 1997, 1999).

El BDI consta de 21 ítems en donde a través de los mismo se evaluaron la intensidad de la depresión en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems el sujeto tenía que elegir una frase entre cuatro alternativas, las cuales estaban ordenadas por su gravedad, y siempre escogiéndolas según se adecuase más a su estado medio durante la última semana y el día que lo estaban rellenando. Cada ítem se valoraba de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems variaría de 0 a 63. Siendo 0 o puntuaciones más cercanas a 0, indicadores de niveles de la depresión más bajo y siendo 63 o puntuaciones más cercanas a esta cantidad, indicadores más altos de depresión. En el caso que se hayan escogido más de una alternativa en un ítem dado, se considerará sólo la puntuación de mayor gravedad. Finalmente, la Pérdida de Peso (ítem 19) solo se valoraba si el sujeto indicaba no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo estuviese, se otorgaría una puntuación de 0 en el ítem. En cuanto a su corrección, cada ítem se valoraría de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se podría obtener una puntuación total.

Validez de contenido:

Según Sanz y Vázquez, (1997:307) estimaron que *“diecisiete de los 21 ítems de la versión española del BDI de 1978 cubren 6 de los 9 criterios sintomáticos diagnósticos”* del episodio depresivo mayor del DSM-IV, APA (1994) y también *“reflejan, aunque sólo en el aspecto de síntomas deficitarios, otros dos del sistema de la APA”* (Problemas de peso/apetito y Problemas del sueño) el síntoma de Trastornos psicomotores del DSMIV era el único que no cubría el BDI. En cuanto a los 3 criterios restantes incluidos en la definición de episodio depresivo mayor, todos ellos no sintomáticos, el BDI cubriría al menos el criterio de deterioro en el funcionamiento (Criterio C) Vázquez y Sanz (1997/1998). Según los autores, el BDI tenían una razonable validez de contenido si se tomaba como criterio la definición de episodio depresivo mayor propuesta en el DSM-IV. No obstante, a pesar de estas correspondencias, según Vázquez, (1986) nunca se debería de utilizar el BDI como una herramienta diagnóstica

de depresión.

B) Cuestionario de ansiedad estado- rasgo (STAI) de Spielberger et al., (1982):

El cuestionario STAI fue desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). Este instrumento fue creado para *“evaluar la ansiedad según el modelo del propio Spielberger, quien expuso que dicho trastorno está constituido por dos componentes: un factor de personalidad que comprendería las diferencias individuales, relativamente estables, para responder ante situaciones percibidas como amenazantes con una subida en la ansiedad. También se define como una tendencia a percibir las situaciones como más amenazantes”* (ansiedad rasgo) (Guillén y Casal, 2011: 512). El segundo factor (ansiedad estado) hacía referencia a un período transitorio caracterizado por un sentimiento de tensión, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la intensidad (Spielberger et al., 1970).

La elección de este cuestionario sobre el resto de pruebas para evaluar la ansiedad se debía a que el STAI ha sido uno de los más utilizados; Muñiz y Fernández-Hermida (2010) encontraron que es el 7º cuestionario más utilizado en España.

Cada una de las escalas del STAI (ansiedad rasgo y ansiedad estado) estaba compuesta por 20 ítems; una parte de los mismos redactada de forma positiva y otra de forma negativa. Diversos estudios (Hishinuma, Miyamoto, Nishimura y Nahulu, 2000; Suzuki, Tsukamoto y Abe, 2000; Vigneau y Cormier, 2008) mostraron reducciones factoriales con cuatro factores. Estos factores estaban basados en la inversión de parte de las preguntas y se definían como ansiedad rasgo afirmativa y negativa y ansiedad estado afirmativa y negativa. En la adaptación española realizada por (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) se encontraron resultados muy similares.

El STAI ha sido traducido a más de cuarenta lenguas, y se han realizado más de 3.000 investigaciones que lo han utilizado (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1976, 1983, 1986 en Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011). En estos artículos se comprueba que las medias y la fiabilidad (alfa de Cronbach y correlación test-retest) resultaron similares a la versión original. Respecto a la dimensionalidad de la escala, se mantuvo el modelo de cuatro factores presentado anteriormente, estaba formado por dos escalas separadas de autoevaluación que medían dos conceptos diferentes de la ansiedad. Su fiabilidad, referida a la consistencia interna del instrumento (fórmula 20 de Kuder-Richardson) fue alta (0,90 y 0,93) en la Ansiedad/Estado y (0,84 y 0,87) en la Ansiedad/Rasgo. Esto mismo ocurría con la validez, haciendo de él una herramienta ampliamente utilizada para medir el grado de ansiedad como Estado y ansiedad como Rasgo en las personas. Se puede encontrar:

1. La escala Ansiedad Estado (A/ E): considerada según (Guillén y Casal, 2011: 513): como *“un estado o condición emocional en transición del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico”*. Podía variar con el paso del tiempo y oscilar en intensidad. En esta escala existían veinte ítems que podían ser contestados mediante una escala de tipo Likert de cuatro alternativas de respuesta: *“nada”* equivalente a una puntuación de cero, *“algo”* equivalente a uno, *“bastante”* equivalente a dos y *“mucho”* equivalente a tres.

2. Por otro lado, la Ansiedad Rasgo (A/ R): definida como una relativa estable propensión ansiosa por la que difirieron los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado. Esta ansiedad como

Rasgo podría compararse aquellas que se percibieron como residuos de experiencias pasadas que podrían predisponer tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas tendencias de respuesta vinculada al objeto (Spielberger et al., 1982). Spielberger et al., (1982 en Cigarán, 2004) describía la forma de evaluación como una escala que constaba de veinte ítems y que podían ser respondidos mediante una escala de tipo Likert de cuatro respuestas: "casi nunca" equivalente a cero puntos, "a veces" equivalente a un punto, "a menudo" equivalente a dos puntos y "casi siempre" equivalente a tres puntos.

Los totales que se obtendrían siguiendo las directrices de Guillén-Riquelme y Buela-Casal, (2011) serían sumando los valores de los ítems (tras las inversiones de las puntuaciones en los ítems negativos). Los totales de ansiedad rasgo y de ansiedad estado abarcan desde 0 hasta 60, correspondiéndose una mayor puntuación con mayor ansiedad detectada y una menor puntuación con una menor ansiedad detectada. Guillén-Riquelme y Buela-Casal, (2011:511) decía que *"no cuenta con un criterio clínico en su versión española, aunque sí lo tiene en la versión original, así como en muchas adaptaciones"*.

C) Cuestionario de calidad de vida de Ruiz y Baca (1991) (Ver anexo 6):

El cuestionario *"Diseño y Valoración de Calidad de Vida"* (CCV) de Ruiz y Baca et al, constaba de 39 ítem que medía la salud en relación a la percepción de calidad de vida. Uno de los estudios que se ha desarrollado en España, participaron 245 personas (edades comprendidas entre 18 a 55 años) constaba de 96 preguntas de acuerdo con el nivel de influencia en su calidad de vida. Los ítems que fueron clasificados como *"bastante"* y *"muy influyentes"* en un porcentaje por encima del 80% son los que han determinado el diseño de 39 preguntas del cuestionario. Dos muestras adicionales, incluyendo un total de 2.810 adultos (edades 18-65 años) analizaron las propiedades psicométricas del instrumento.

Respecto a la fiabilidad, este instrumento, presentaba un alto nivel interno de consistencia, medido según el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = 0,94$ y $0,95$), así como una alta validez y sensibilidad al cambio (Baca et al., 1993 en Cigarán, 2004). En este cuestionario se encontraron cuatro factores a tener en cuenta:

1) Apoyo social (ítems del veinte al veintiocho, y del treinta y seis al treinta y nueve). Hacía referencia al tipo de relaciones establecidas con la familia, amigos, conocidos, y al grado de percepción social obtenido por estos grupos.

2) Satisfacción general (ítems uno, dos, cuatro, once, diecisiete, dieciocho, diecinueve y del treinta al treinta y cuatro). Se describiría en qué medida la persona percibían una satisfacción general en cuanto a su interés por su vida, su trabajo, las actividades que desempeñaban, el dinero del que disponía, su propio carácter etc.

3) Bienestar físico y psicológico (ítems nueve, diez y del doce al dieciséis). Se relacionaría con la satisfacción en cuanto a la salud, grados de descanso, calidad de vida, calidad del sueño, vitalidad, ansiedad y desasosiego.

4) Tiempo libre / ausencia de exceso de trabajo (ítems tres, cinco, seis, siete, ocho y veintinueve). Se refiere al grado de disfrute de las actividades y el tiempo que se dedica al ocio y al descanso, así como a la relación de éstas con el tiempo que se emplea para desarrollar el trabajo que se desempeña.

El método de evaluación se efectuaría mediante una escala de tipo Likert de cinco alternativas de respuesta que oscilan del 1 al 5. Y los resultados de la calidad de vida global se obtendrían mediante la suma de los factores 1, 2, 3, y 4. Cada uno de

los factores se extraería mediante la suma de las 39 preguntas del cuestionario que hacía referencia a los contenidos descritos previamente de los factores.

D) Impacto de la fibromialgia, FIQ:

El FIQ es un cuestionario multidimensional diseñado para que el paciente se lo pueda administrar. Cuenta con unas instrucciones someras que explican cómo debe de ser rellenado. Monterde, Salvat, Montull, y Fernández, (2004): decía que mediante preguntas que hacen referencia a la semana anterior a la realización del test, se valoraba los componentes del estado de salud que suelen estar más afectado en pacientes con síndrome de fibromialgia. El cuestionario *“consta de 10 ítems, el primero es el que contiene varios subítems (a-j), en número 10 y cada uno de ellos con un rango de 4 puntos (de 0, siempre, a 3, nunca) según una escala de Likert. Este ítem valora la capacidad funcional del paciente mediante preguntas acerca de actividades relacionadas con la vida diaria: comprar, conducir, hacer la colada, etc. El segundo y tercer ítem corresponde a escalas numéricas que hacen referencia a días de la semana: el segundo es una escala del 1 al 7, y el tercero de 1 al 5. El resto de los ítems se valora mediante escalas visuales analógicas (EVA) del 0 al 10”*. (Monterde, Salvat, Montull, Fernández-Ballart, 2004: 28-29).

Si alguna persona no podía realizar alguna de las acciones planteadas por algunos o subítems estos podrían dejarse en blanco. Tal sería el caso del subítems *“conducir en coche”* si el sujeto no se dispusiese del permiso de correspondiente, o del ítem *“perder días de trabajo”* si el paciente no trabajase fuera de casa. (Monterde, Salvat, Montull, y Fernández, 2004:28).

Para los tres primero ítems, cuya respuesta no se recogiese en una escala del 0 al 10, sería necesario las siguientes recodificaciones (Monterde, Salvat, Montull, y Fernández, 2004: 28):

-“Para obtener los resultados de puntuación del primer ítem se deben de sumar el valor obtenido en cada uno de los 10 subítems, primero se divide por el número de los ítems contestados y segundo, el resultado se multiplica por 3,33.

-Para obtener los resultados de puntuación del segundo subítem del (0 al 7) debe de ser recodificado y adaptado. Se invierten sus valores para que tenga el mismo sentido que el resto de los subítems y se multiplica por 1,43.

-Para obtener el tercer valor de puntuación obtenido en el tercer ítem (1-5) se debe de multiplicar por 2”.

Para obtener la puntuación total, se sumarían las puntuaciones individuales debidamente recodificadas y adaptadas. Si alguna pregunta se ha dejado en blanco, se sumaría las puntuaciones obtenidas y se dividirían por el número de preguntas contestadas.

La puntuación del FIQ total se hallaría entre el 0-100 ya que cada uno de los subítems tendría una puntuación del 0 al 10 una vez adaptado. De esta forma 0 representaría la capacidad funcional y la calidad de vida más altas y 100 el peor estado.

E) SF-36: La versión estándar del Cuestionario de Salud SF-36: (ver anexo 8):

Contiene 36 ítems preguntas diseñado por Ware et al., a principios de los noventa (Ware y

Sherbourne 1992 y Ware et al. 1993). El SF-36 proporcionaría un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a una población diversa, tanto a pacientes como a población sana. El cuestionario cubre 8 dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Las dimensiones evaluadas serían: "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental". Está diseñado para autoadministrarse y recoger información de las últimas anteriores a su realización. (Arostegui y Núñez, 2008: 154-155).

Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este ítem no se utilizaría para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales. Arostegui y Núñez (2008: 156) señalaron que *"las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0, el peor estado de salud a 100, el mejor estado de salud. Además, el cuestionario permitiría el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales. Su sistema de puntuación está desarrollado de tal forma que la puntuación más alta significa un mejor estado de salud, de tal forma que 0 es el peor estado de salud y 100 el estado de salud ideal"*. (Monterde, Salvat, Montull, y Fernández, 2004:29).

Ware et al. (1993) incluyeron estudios de validación del SF-36 como herramienta para medir CVRS; y otros autores lo han comparado con otros instrumentos de medición de salud más generales y complejos (Brazier et al. 1992 y Stansfeld et al. 1997), así como también se ha usado para medir la capacidad de discriminar entre diferentes diagnósticos o niveles de gravedad de enfermos, validando así el instrumento en diferentes diagnósticos (Harper et al. (1997 en Arostegui y Nuñez, 2008) para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Dawson et al. (1996 en Arostegui y Nuñez, 2008) para prótesis total de cadera y Wachtel et al. (1992 en Arostegui y Nuñez, 2008) para infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El SF-36 ha sido calificado en un estudio bibliográfico sobre el incremento de las medidas de CVRS publicado en el British Medical Journal (Garratt et al. 2002) como la medida de salud genérica basada en el paciente más evaluada. El cuestionario SF-36 ha sido traducido en más de 50 países como parte del International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project (Aaronson et al. 1992, Ware et al. 1995 y 1996 y Gandek y Ware 1998 en Arostegui y Nuñez, 2008). Este proyecto incluye investigadores de 14 países, incluyendo España.

F) Vanderlit: el Inventario Vanderbilt para el Afrontamiento del Dolor (VPMI) (ver anexo 9):

Brown y Nicassio (1987), consta de 18 preguntas que se contestan de acuerdo a una escala de 4 puntos. Los sujetos debían de señalar la frecuencia con la que realizaron las actividades que se han descrito en los ítems cuando experimentan dolor (valor 1=casi nunca, valor 2=algunas veces, valor 3=frecuentemente, valor 4= casi siempre). Fue construido para evaluar dos modos de afrontamiento generales, pasivo y activo, podrían ser también utilizados para valorar de forma fiable y válida estrategias específicas.

Esteve, Ramírez, López (2007:81-82) realizaron un análisis de contenido de los ítems que nos llevó a postular las siguientes dimensiones relativas a estrategias específicas:

a) *"Catastrofismo, recoge información concerniente a afirmaciones que reflejen que el paciente no se siente capaz de continuar esforzándose para afrontar la situación y tiende a ver el dolor y su situación como algo terrible.*

b) *Búsqueda de Apoyo Social*, recoge información referida a que los pacientes acudan a otras personas para que le ayuden a controlar el dolor.

c) *Afrontamiento Conductual*, se refiere a intentos para influir sobre el dolor mediante conductas y cogniciones.

d) *Supresión*, analizar puntuaciones referidas a la eliminación de pensamientos y emociones negativos respecto al dolor en una escala de 1 a 6, con puntos que debían valorar el grado en que consideraban que cada ítem era adecuado para evaluar cada una de las dimensiones".

Se adscribió un ítem a una dimensión cuando su media era de cinco o más puntos (muy o totalmente adecuada). De acuerdo con los juicios emitidos, los ítems quedaron agrupados de la siguiente forma: Catastrofismo (ítems 1, 2, 3, 7, 10), Búsqueda de Apoyo Social (ítems 4, 5, 6 y 9), Afrontamiento Conductual (ítems 8, 12, 14, 16 y 17) y Supresión (ítems 11, 13, 15 y 18), (Esteve, Ramírez, López, 2007).

Parten de la premisa de que, independientemente del tipo específico de estrategia utilizado por los pacientes (rezar, distraerse, minimización, etc.), las estrategias se podrían clasificar como adaptativas o desadaptativas según sea su relación con el dolor experimentado por el sujeto y su funcionamiento psicosocial. Así, se distinguirían (Brown y Nicassio, 1987: 83):

"Estrategias activas (adaptativas): dirigidas al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él". Se obtiene sumando las puntuaciones recogidas en Apoyo Social y Supresión. La puntuación de la estrategia activa se obtiene sumando los resultados de "catastrofismo" y "búsqueda de apoyo social".

"Estrategias pasivas (desadaptativas): estrategias mediante las que se cede a otros el control del dolor y que hacen que el dolor deteriore otras áreas de la vida del sujeto". (Brown y Nicassio, 1987:83). Se obtiene sumando las puntuaciones de catastrofismo y afrontamiento conductual. La puntuación de la estrategia pasiva se obtiene sumando "supresión" y "afrontamiento conductual".

Brown y Nicassio (1987) aportaron también datos sobre la validez concurrente y predictiva de la escala en una muestra de pacientes con artritis reumatoide y encontraron que los pacientes que utilizaron más estrategias activas eran los que tenían a su vez puntuaciones más elevadas en lugar de control interno referido a la salud y en auto-eficacia; también tenían puntuaciones más bajas en depresión, en desamparo y en deterioro funcional. Al mismo tiempo, el uso de estrategias pasivas mostraron un patrón de relaciones opuesto. Estudios posteriores han mostrado que las estrategias pasivas estaban asociadas con una sintomatología depresiva más grave y con un deterioro mayor de la actividad física y del funcionamiento diario (Brown, Nicassio y Wallston, 1989; Smith y Wallston, 1992; Nicassio y cols., 1995). Así, según Esteve, Ramírez, López (2004:81-82) decía que *"éste instrumento es especialmente prometedor por su cuidada elaboración psicométrica, la brevedad de sus escalas y su capacidad demostrada para identificar a pacientes vulnerables a otros problemas psicológicos asociados a modos concretos de afrontamiento"*. A raíz de esto, los autores Zarazaga, Lopez, Ramírez (1999) consideraron interesante contrastar la estructura factorial del instrumento en una muestra de características muy distintas a la utilizada por sus creadores, exclusivamente compuesta por enfermos reumáticos. La muestra de su trabajo estaba integrada por pacientes con dolor crónico de muy distinta naturaleza de los que aproximadamente la mitad padecían dolor de origen neoplásico. Los autores han reproducido las estructuras factoriales de los instrumentos en muestras distintas a las empleadas en su validación inicial (Pastor y cols., 1995 en Zarazaga, Lopez, Ramírez, 1999), lo cual es especialmente importante en el VPML que se ofrece como un instrumento general de evaluación de afrontamiento al dolor.

Para cada una de las escalas resultantes del análisis *factorial confirmatoria han indagado su grado de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach*. (Brown y Nicassio, 1987:84). Ambas escalas mostraron una consistencia interna aceptable teniendo en cuenta el

número de ítems.

2.6.4 Observación:

La observación participante⁸ como técnica de recogida de información que consiste en observar a las participantes. Por un lado, desde el rol de arteterapeuta, se recoge notas una vez finalizado el taller de los aspectos más relevantes o significativos del taller; y por otro lado, desde el rol de investigadora, se analiza los resultados obtenidos de la observación. Se ha utilizado varios tipos de registros: transcripción de las grabaciones de los talleres; notas al final de los talleres; diarios creativos, fotografías de las obras creadas.

2.6.5 Técnicas proyectivas:

La técnica proyectiva hace referencia al estudio cuantitativo que se llevó a cabo en el grupo de investigación del departamento de arteterapia de la Universidad de Haifa (Israel). A través de la técnica del autorretrato se analizó tres indicadores (postura del cuerpo, la expresión de la cara, y el contorno de la línea) en dos grupos: personas que no sufren fibromialgia y personas que si sufren el síndrome.

El objetivo de este estudio consistía en validar indicadores que facilitase la construcción de una herramienta que complementase junto a otros modos de evaluación, la posibilidad de identificar el síndrome y disminuir de tal modo, el tiempo que pudiese transcurrir desde que una persona sufría los primeros síntomas hasta que le diagnosticaron la fibromialgia.

2.6.6 Herramientas de análisis de datos:

Fue creado en 1998 por Norman, Hadlai y Dale en la Universidad de Chicago por medio de su National Opinion Research Center estuvo a cargo del desarrollo, distribución y venta del programa. A partir de 1975 corresponde a SPSS Inc. NVivo10 es un software para apoyar a la investigación cualitativa y métodos mixtos y permite administrar fácilmente grandes volúmenes de documentos (textuales y multimediales), facilita las labores de análisis y categorización de la información, permite realizar búsquedas simples, avanzadas y generar diferentes tipos de resultados, entre los que se encuentran mapas conceptuales, gráficos de frecuencia, nubes de palabras, análisis de cluster, HTML y reportes personalizados que se pueden elaborar sin tener que recurrir a programas complementarios. Es un programa que se usa con mucha frecuencia en las ciencias sociales, y las empresas de investigación de mercado (Pardo, & Ruiz, 2002, Bisquerra, 1989), se ha usado en esta investigación para la construcción de los estudios de casos a través de la categorización de la información. Se ha analizado con este programa las entrevistas semi-estructuradas, transcripciones de las grabaciones de los talleres, los diarios creativos, notas de los talleres y de las obras resultantes para hacer el análisis de los casos y a raíz de la categorización de todo este material, se han construido los estudios de casos y las conclusiones. Esta fase ha sido supervisado por Enrique Ribera García⁹.

⁸ La observación participante es una técnica de observación utilizada en las ciencias sociales, sobre todo en la antropología, en donde el investigador comparte con los investigados su contexto, experiencia y vida cotidiana, para conocer directamente toda la información que poseen los sujetos de estudio sobre su propia realidad. (Spradley, 1980).

⁹ Profesor titular del departamento Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal. Especialista en Investigación Cualitativa apoyado por el Software NVivo.

2.6.7 Triangulación

La triangulación de información responde al análisis de datos resultantes del cruce de información de todas las fuentes de recogida de información. Corresponde a la tercera fase de la investigación, la inductiva, como resultado de la adaptación e integración de la primera (cuerpo teórico) y segunda fase (cuerpo práctico) de la metodología cualitativa. Dicha validación de datos ha sido supervisada por profesionales en el campo académico, y en el campo profesional en arteterapia clínica por Mónica Cury Abril¹⁰ y Carmen Menéndez Pérez¹¹.

10 Vice-Presidenta de la Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia. Arteterapeuta Investigadora en el Hospital Psiquiátrico de Día Puerta de Hierro (2004-2009).

11 Arteterapeuta en el Hospital de Día, en El Instituto Psiquiátrico Montreal. Consulta privada en Madrid en Asociación AFART.



EL CUERPO COMO DISPOSITIVO DEL DOLOR

Revisión general de la fibromialgia

3.1 Definición, contexto y evolución de concepto:

Se va a exponer una visión general de la literatura existente, en donde sus autores abordan de forma variada y diferente el diagnóstico de la fibromialgia, y se va a tratar de visibilizar las teorías que han sido utilizadas con mayor frecuencia en la literatura. A la hora de abordar esta temática nos encontramos con una serie de dificultades porque se puede recoger la existencia de una gran variedad de referencias bibliográficas validadas en diferentes ámbitos del campo de la salud: neuropsicológicos, psicológicos, médicos, psiquiátricos, etc., que tratan de conceptualizarla y explicar su origen, sin sentar unas bases comunes e incluso contradiciéndose a la hora de determinar un diagnóstico objetivo. Dado el número creciente de nuevas investigaciones en los diferentes campos y la dificultad de distinguir la variedad de síntomas que aparecen en la enfermedad sin tener causas directas, provoca que los propios profesionales, y por ende los familiares, vivan sumidos en una gran confusión.

Según Plaza, Sanz y Valverde (2007: 5) *“la fibromialgia es una alteración crónica que se caracteriza por la existencia en un individuo de un historial de dolor diseminado, manifestándose con la presión y palpación en localizaciones anatómicas definidas”. La existencia y naturaleza “de esta entidad se identificó en 1904 y se ha ido revisando desde entonces. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó la fibromialgia en su décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades de 1991, asignando a la fibromialgia el número M79.0 y clasificándola como reumatismo no articular”.*

Aunque el término fibromialgia es reciente como se ha mencionado antes, esta enfermedad era ya conocida desde el siglo XVI. Desde entonces ya se hablaba de la existencia de puntos sensibles, o lo que en inglés llaman “tender points”, descritos como dolores musculares que sólo pueden ser localizados al ser presionados (Kellner, 1991). Pero fue Gowers (1904), quien habló por primera vez de fibrositis, definiéndola como un reumatismo muscular, una fibrositis muscular o un tipo de inflamación. Más adelante Smythe y Moldofsky (1920), resucitó el término “fibrositis” tras un estudio que proponía que ciertos mecanismos centrales, como los trastornos del sueño estaban involucrados. Steindler, (1939) definió la existencia de “puntos dolorosos”, como respuesta a una dolencia miofascial. Más tarde, Travell y Rinzler, (1952), introdujeron el término síndrome de dolor miofascial, el cual es utilizado para hablar de las zonas dolorosas que se detectaban al tocar. Smythe (1972-1986) describió una serie de criterios para diagnosticar lo que él llamaría fibromialgia. Hench (1976) cambió el nombre de fibrositis a fibromialgia. Fibro (fibra) myo (músculo), algo (dolor) e ia (condición). Con este concepto trata de resaltar la importancia de los fenómenos dolorosos y la ausencia de datos inflamatorios (Cigarán, 2004). Es el término fibromialgia el que predomina hoy en día, puesto que no hay aún evidencia de que se presenten cambios consistentes con respecto a la idea de no-inflamación (Yunus, 1989 y Kellner, 1991).

Wolfe, Anderson, Harkness, Bennett, Caro, Goldenberg, et al (1997: 255) señalaron que en *“1990 se publicó, bajo la dirección del American College of Rheumatologist (ACR), un gran ensayo clínico multicéntrico que estableció los criterios diagnósticos de la fibromialgia. Se atribuyó a dicha definición una sensibilidad del 88,4 % y una especificidad del 81 %”.*

Se ha podido observar en la literatura que la evolución, desarrollo y característica de la fibromialgia se ha seguido analizando por distintos estudios, de manera sistemática y periódica, observando la intensidad, estado funcional y síntomas afectivos relacionados con el dolor. Yunus, Masi, Aldag (1989); Wolfe, Anderson, Harkness, Bennett, Caro, Goldenberg, et al (1997) creían que una vez que la enfermedad se establecía los síntomas continuaban, no mejoraba con el tiempo y que la alteración funcional empeoraría lentamente.

Otros estudios de seguimiento (White, Speechley, Harth, Ostbye, 1999:78) comprobaron

que "todos los pacientes continuaban con fibromialgia 15 años más tarde"; un "66 % de los pacientes indicaban sentir algún tipo de mejoría"; un "59 % manifestaba que persistía una astenia notable, el 55 % consideraba que continuaba con un dolor o inflamación entre moderado e intenso, y el 48 % presentaba trastornos del sueño".

La fibromialgia fue reconocida oficialmente en 1992 por la "Organización Mundial de la Salud" como una enfermedad caracterizada por "dolor en los músculos, ligamentos y tendones", en las partes fibrosas del cuerpo. En 1994 la enfermedad es reconocida por la "Asociación Internacional para el Estudio del Dolor".

Según la investigación realizada por Plaza, Sanz y Valverde (2007:3), médico especialista en reumatología, se trataría de un "síndrome crónico caracterizado por dolor generalizado, que puede llegar a ser invalidante, de etiología desconocida, evolución variable y frecuentemente asociado a otras patologías para las que no existe criterios comunes de diagnóstico y tratamiento. La fibromialgia es un problema frecuente en la práctica clínica; su prevalencia difiere según la población estudiada, oscilando entre el 0,7 y el 20%". Es una dolencia que afecta a una media de entre el 3% y 6% de la población general, excepto en la etnia negra, donde parece rara", hecho que lleva a pensar que quizás factores culturales, físicos y psicológicos influyen". Aunque este estudio ha sido refutado por Rojas (2000), quien afirmó que el síndrome podía afectar a cualquier persona independientemente de su etnia y del continente que procedía, así como, también podría afectar a todas las edades, desde la adolescencia a la vejez, siendo predominante edades entre los 35 a 70 años. En el estudio que hace Castilla (2007:3) fundamentaba que "en España, se situaría entre el 2,1 y el 5,7 % de la población general adulta, ocupa el 10-20 % de las consultas reumatológicas y el 5-8 % de las de atención primaria, con lo que es la causa más frecuente de dolor osteomuscular generalizado y crónico". La "relación entre la fibromialgia y el nivel de estudios no está muy clara. El 56% no tiene estudios o sólo primarios. Se estima que alrededor de 1.000.000 (1,7%) procede del medio urbano, aumentando notablemente en el medio rural, 4,11%". Aunque también se ha encontrado en la literatura otro estudio de Aris y Valenzuela (1995) que contradice esta información, señalando que la enfermedad afectaría preferentemente a personas con un estatus económico y cultural más alto.

Con respecto al sexo, la fibromialgia es una patología que afectaría masivamente a las mujeres en una proporción que se cifra entre el 8/1 y 20/1 (mujeres / hombres), lo que representa un aumento del 75% en las mujeres. No existe explicación acerca de esta masiva afección al sexo femenino. Pese a ello, y aun cuando son en su mayoría mujeres quienes soportan esta dolencia, es conveniente recordar que este porcentaje reducido en población masculina podría deberse en cierta medida a que los hombres describirían la percepción de la enfermedad de forma diferente, lo que conllevaría a que su diagnóstico fuese aún más difícil. (Carbonell-Baeza, Aparicio, Alvarez-Gallardo, Romero, Martins-Pereira, Cuevas, & Delgado-Fernandez, 2012).

Desde un punto de vista clínico, estudios de la literatura (Carbonell-Baeza, et al., 2012) han analizado la información de las diferencias sintomatológicas del síndrome de la fibromialgia en la mujer y el hombre, para adaptar un tratamiento específico. De dichos estudios se observó que en general el impacto y el deterioro de la fibromialgia era más bajo en las mujeres que en los hombres; sin embargo las mujeres mostraron niveles más altos de fatiga y baja vitalidad. Por un lado, se pudo observar que parece haber unas bases comunes en relación a la gravedad de la enfermedad, pero por otro lado, también se pudo recoger la existencia de una gran controversia, en relación al nivel de fatiga manifestada en mujeres y hombres con fibromialgia, por ejemplo: los hallazgos realizados por (Virginia, A et al, 2012), coincidentes con los de Yunus et al. (2000) mostraron niveles más altos de fatiga y cansancio por la mañana en el grupo de mujeres que en el de los hombres. Sin embargo,

otros estudios Buskila et al., (2000), observaron niveles más altos de fatiga en los hombres, o no lograron encontrar diferencias de género (Ruiz, 2007, Yunus e al, 2004). Un estudio español similar realizado por Pérez et al., (2007) quien analizó las diferencias de género con las características sociodemográficas de atención clínicas, psicosociales y de salud en los pacientes con fibromialgia, observaron que las características sociodemográficas eran similares en ambos sexos. Aunque, también se recogió que los hombres con fibromialgia tenían una peor percepción de su salud, un mayor porcentaje de antecedentes psiquiátricos y de enfermedad mental, y que experimentaban un mayor impacto de la enfermedad. A diferencia con el estudio realizado por Lange et al. (2010), los anteriores no observaron diferencias de género en lo que respecta a las medidas de dolor, aunque sí las hallaron en cuanto a las medidas psicológicas y estrategias de afrontamiento. Los autores concluyeron que las mujeres necesitan en mayor medida tratamientos en los aspectos psicológicos, mientras que los hombres requerían más ayuda en el manejo del dolor.

Otro estudio realizado por Häuser et al. (2011), en donde se llevó a cabo mediante una muestra de 885 mujeres y 138 hombres, detectaron que las mujeres expresaron la existencia de dolor generalizado crónico durante una mayor duración de tiempo, así como, también un mayor tiempo de identificación del síndrome desde el momento que experimentó los primeros síntomas hasta la confirmación del diagnóstico. En el caso de los hombres, señalaron en este estudio como diferencial principal, un mayor recuento de puntos de dolor sensibles. Sin embargo, no hubo diferencias de género en la edad, el estado de la familia, el número de sitios de dolor, o somáticas y síntomas depresivos. Llegaron a la conclusión de que sus datos no apoyaban la tesis de Yunus (2000), Yunus et al. (2001) quien establecía que las diferencias de género en las características clínicas de fibromialgia estaban bien definidas. Podemos concluir por estos estudios, que las mujeres podrían sentir más fatiga, mientras que los hombres podrían presentar un mayor impacto de la fibromialgia con un empeoramiento en la salud física.

Kirmayer y Robbins (1991 en Cigarán 2010:21) afirmaron que el *“uso de diferentes estrategias preceptuales entre la mujer y el hombre podría explicar la gran diferencia en cuanto a informar sobre trastornos por somatización. Estas diferencias preceptuales revelan que las mujeres tienden a ser especialmente sensibles a la información sobre las situaciones en las que se ven inmersas, siendo sus síntomas un reflejo de los diferentes contextos que perciben como estresantes. Por otro lado, los hombres parece ser que tienden a ignorar el contexto y a centrarse en la información de carácter fisiológico. De esta manera, se observa que los síntomas reflejan cambios fisiológicos en los hombres y fluctuaciones situacionales en las mujeres”*. Estos autores (Costa y Mc Crae, 1987; Wastson y Pennebaker, 1989) explicaban cómo las variables de la personalidad también podrían afectar a la hora de informar los síntomas físicos.

Otros datos relevantes para señalar la relación entre la fibromialgia y los posibles sesgos de género, serían: la alta prevalencia de este síndrome en la mujer, la relación sintomatológica con otras enfermedades que afectarían también prioritariamente más a la mujer que al hombre y la relación sintomática del síndrome con los órganos femeninos. Una de las conclusiones que se expuso en un estudio tras diez años de experiencia con la población de fibromialgia y dolor crónico (Cigarán, 2010:3) son lo que la autora definió como *“problemas médicos relacionados con la feminidad”*. Así, hacía uso de este término como aquel que englobaría a todas aquellas intervenciones tipo: *“quistes en los pechos, quistes en los ovarios, problemas postparto relacionados con la vagina, el aparato reproductor femenino en general (puntos, desgarres, etc.,) la relación con los pechos y el poder dar de mamar a los bebés recién nacidos”*, entre otros.

3.2 Epidemiología:

Según autores como McCain y Scudds (1988), no existirían evidencias claras de la patología orgánica que cause la fibromialgia. Lo que sí parece coincidir en todos/as los autores/as es el solapamiento con otros síntomas, alteraciones y estados de enfermedad, y la gran confusión que ello generara para todas las partes (profesionales, personas afectadas, sociedad) al no tener causas directas y /o conocidas.

Se pudo recoger que algunos autores han agrupado la fibromialgia dentro del campo de la reumatología, y otros autores que no aceptan el término de fibromialgia como una entidad clínica propia sino como una entidad que forma parte de otros campos.

A continuación se va a describir la evolución a rasgos generales que ha tenido lugar en el campo de la epidemiología finalizando hasta nuestros días.

- Corrientes a favor del término de fibromialgia.

Según (Raspe y Croft, 1995 en Ciagarán, 2004:10), definieron dos posibles vías para definir el síndrome:

a) "La primera vía definida se encabezaría por Yunus y Masi y el grupo alemán encabezado por Müller. Así, en Yunus (1981 et al.), quienes siguiendo los conceptos que propuso Smythe, para diagnosticar la fibromialgia, haciendo uso del término de la fibromialgia como sinónimo de fibrositis". Los criterios versaría de la siguiente manera:

Tabla: Criterios para el diagnóstico de la fibromialgia según Yunus, Masi y el grupo alemán encabezado de Muller (1981 en Cigarán, 2004:11):		
Criterios de primer orden:	Criterios de segundo orden:	Criterios de orden obligatorio:
"Presencia de dos o más de seis variables como puede ser (dolor generalizado, dolor en siete puntos; fatiga general; falta de sueño; ansiedad/tensión; síndrome de colon irritable), y cuatro o más de catorce puntos sensibles".	"Presencia de tres o más de variables de las mencionadas anteriormente, y dos o más puntos sensibles".	"Presencia de dolor o rigidez o ambos, en al menos cuatro de los puntos sensibles (contando los puntos unilaterales y bilaterales como un solo punto) durante al menos tres meses o más. Exclusión de condiciones subyacentes que puedan ser responsables de las condiciones generales".
"Nota: la fibromialgia de carácter primario requerirá presentar o los criterios primarios o secundarios, más los obligatorios".		

La segunda vía estaría encabezada por Wolfe y sus colegas, quienes siguieron los criterios que propuso el Colegio Americano de Reumatología de 1990 (Raspe y Croft, 1995). Los criterios versarían los siguientes:

Criterios para el diagnóstico para la Fibromialgia según Wolfe et. al y Colegio Americano de Reumatología (1990 en Ciagarán, 2004:12).

1. *"Historial crónico de dolor generalizado (estando todas las características siguientes presentes):*

a) *Dolor en la parte izquierda del cuerpo.*

b) *Dolor de la parte derecha del cuerpo.*

c) *Dolor por encima de la cintura.*

d) *Dolor por debajo de la cintura.*

e) *Dolor axial esquelético (esquina cervical o pecho anterior o espina torácica o parte baja de la espalda).*

f) *Dolor de hombro y de nalgas considerado por cada una de las partes implicadas.*

2. *Dolor en al menos 11 de los 18 puntos sensibles al palpar de forma difital. Los puntos sensibles de dolor serán los siguientes:*

g) *Occipucio (parte posterior de la cabeza).*

h) *Parte baja de las cervicales.*

i) *Trapeccio.*

j) *Supraespinoso.*

k) *Segunda costilla.*

l) *Epicóndelo lateral.*

m) *Glúteo.*

n) *Troncante mayor.*

o) *Rodilla.*

La palpación digital será aproximadamente de unos 4 kilogramos de peso. Para que el punto se considere "positivo", el sujeto deberá constatar (al menos verbalmente) que fue doloroso.

Nota: "el sujeto será diagnosticado con fibromialgia si ambos criterios se cumplen. El dolor generalizado deberá estar presente durante al menos 3 meses. La presencia de un trastorno clínico secundario no excluirá el diagnóstico de fibromialgia".

• Corrientes en contra del término fibromialgia:

Principalmente hay dos razones fundamentales que se ha podido encontrar en la literatura de una corriente de autores que no defiende el uso del término de la fibromialgia para referir a este estado de enfermedad y serían:

1) Considerar que el diagnóstico de la fibromialgia podría etiquetar a las personas con el nombre de un síndrome, al cual, aún no se ha determinado la etiología de forma "médica", y ello podría producir efectos contraproducentes en relación a la estigmatización a nivel social y psicológico, así como, crear falsas expectativas.

2) Denominar con este nombre (fibromialgia), podría limitar y distorsionar la complejidad subyacente que existe en esta enfermedad, dado el alto nivel de solapamiento con otros síntomas y estados de enfermedad. Por ejemplo, Wessely y Hotopf (1999 en Cigarán 2004:15), opinaron que *"la fibromialgia no debería considerarse como diagnóstico clínico específico, ya que se superpone a muchos otros síndromes sin explicación existentes en la práctica clínica, entendiéndolo de tal modo la fibromialgia, como un síndrome sin explicación médica aparente, con más similitudes que diferencias entre todos ellos"*.

Estos autores consideraban la fibromialgia como *"la fusión de los aún hoy no explicados síntomas musculares de la neurastenia, con puntos sensibles localizados y característicos también del reumatismo muscular y la fibrositis"*.

Esto llevó a autores como Croft, Schollum y Silman (1994) a discrepar respecto al valor diagnóstico de los puntos sensibles, ya que en su opinión en la población general estaban asociados a una multiplicidad de factores, ya no solo físicos, como entre ellos, el estrés psicológico.

Todo ello conlleva a pensar en la débil franja o frontera que podría existir entre fibromialgia y no-fibromialgia, en donde muchos de los síntomas físicos y emocionales podían encontrarse de manera común en la población que no sufre el síndrome, abriéndose el interrogante que planteó Cuevas (2010), si las personas que sufrían fibromialgia podrían presentar un mayor desgaste de los mecanismos de defensa para la adaptación social, ya que gran parte de la sintomatología podría encontrarse en población que no sufre fibromialgia también, pero con niveles menores de agravamiento.

Los estudios de Robinson, Myers, Sadler et al., (1997) y Smythe, Gladman, Mader et al., (1997), afirmaron como factor para rechazar los criterios de evaluación sugeridos por el Colegio Reumatológico Americano y los pocos instrumentos de validez objetiva, basado en autoinformes, que los mismos podrían estar fácilmente manipulables cuando hay una compensación económica según el interés personal de cada persona, para determinar si el dolor que no puede comprobarse "médicamente", sino "subjetivamente" tiene una validez consistente.

Estos autores refutaron los citados criterios alegando que (Cigarán, 2004: 16):

a) *"No han sido validados en los entornos médico-legales o de compensación económica"*.

b) *"Pueden excluir a sujetos con menos de los once puntos sensibles requeridos para diagnosticar la fibromialgia, dejando fuera sujetos que pueden ser particularmente interesantes para recolectar información en los estudios, y que además puedan responder a psicoterapia. Igualmente, recoge una lista de síntomas que además del dolor persistente se dan en los pacientes de fibromialgia, y que coinciden con muchos de los datos recogidos hasta ahora. La lista viene detallada en la tabla siguiente"*.

Para Payne (1982 en Kellner, 1991) las principales características a evaluar son: diferentes alteraciones del sueño, dolores músculo y rigidez esqueléticos, quejas de hinchazón, hormigueo, dolor en el cuello y hombros.

Autores como Wolfe y Potter (1996) y Wolfe (1997) sugirieron que muchos de estos sujetos también tenían trastornos psicológicos, aunque éstos podían ser sutiles o inaparentes (ejemplo: alexitimia), y que deberían ser incluidos en una ampliación de la definición de fibromialgia.

Según otros autores decían que *“la fibromialgia se solapaba con ciertos trastornos psiquiátricos y con otros síndromes que han sido considerados a lo largo de la historia como de naturaleza “funcional”... “Todos estos síntomas diferencian la fibromialgia de la artritis reumatoide”* (Hudson y Goldenberg 1992; Buchwald, 1996, Hudson y Pope, 1996; Plesh, Wolfe y Lane, 1996; Clauw y Chrousos, 1997 y Fry, Crip y Beard, 1997; Winfield, 1999 en Cigarán, 2004: 19).

McCarty, Koopman y colaboradores (2000) propusieron unos nuevos criterios diagnósticos que no fueron totalmente aceptados, pero que se utilizaron en la literatura como referencia:

Criterios obligatorios

1. Presencia de dolores generalizados o rigidez significativa, que afecta al menos 3 localizaciones anatómicas, durante al menos 3 meses o más.
2. Ausencia de causas secundarias como traumatismos, infecciones, enfermedades endocrinas o tumorales u otras enfermedades reumáticas.

Criterio mayor

Presencia de 5 puntos característicos de dolor (puntos sensibles).

Criterios menores

Modulación de los síntomas por la actividad física.
Modulación de los síntomas por factores atmosféricos.
Agravamiento de los síntomas por la ansiedad o el estrés.
Sueño no reparador.
Fatiga general o laxitud.
Ansiedad.

Cefalea crónica.

Síndrome de colon irritable.
Sensación subjetiva de inflamación.
Entumecimiento.

En el caso de no cumplir con más de 3 o 4 puntos de gatillo se requieren 5 criterios menores. Se requiere cumplimiento de los criterios obligatorios más el criterio mayor y 3 criterios menores.

Desde el año 2010, se establecieron unos nuevos criterios que complementan a los utilizados hasta dicho año Criterion for the classification of fibromyalgia (1990), para el diagnóstico de la fibromialgia. Estos nuevos criterios establecidos por el *Colegio Americano de Reumatología* (ACR, 2010 citado en Wolfe et al 1995: 19-28) contemplaron aspectos sintomáticos hasta ahora no incluidos para concretar la calificación y determinar la gravedad de los síntomas. Es decir, los “nuevos criterios tratan de recoger la totalidad de las esferas que se han detectado como afectadas por la enfermedad”, admitiendo que pudiesen existir.

Tabla: Índice de Dolor Generalizado – Widespread Pain Index (WPI)

-Dolor muscular, síndrome de colon irritable, fatiga / agotamiento, problemas de comprensión o memoria, debilidad muscular, dolor de cabeza, calambres abdominales, entumecimiento/hormigueo, mareo, insomnio, depresión, estreñimiento, dolor epigástrico, náuseas, ansiedad, dolor torácico, visión borrosa, diarrea, boca seca, picores, sibilancias, fenómeno de raynaud, urticaria, tinitus, vómitos, acidez de estómago, aftas orales, pérdida o cambios en el gusto, convulsiones, ojo seco, respiración entrecortada, pérdida de apetito, erupciones / rash, intolerancia al sol, trastornos auditivos, equimosis frecuentes, caída del cabello, micción frecuente, micción dolorosa, espasmos vesicales.

Un paciente cumple criterios diagnósticos para fibromialgia si están presentes las siguientes tres condiciones:

- 1) Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index – WPI) ≥ 7 e índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score) ≥ 5 ó WPI ≥ 6 y SS ≥ 9 .
- 2) Los síntomas han estado presentes, en un nivel similar durante los últimos tres meses.
- 3) El/La enfermo/a no tiene otra patología que pueda explicar el dolor.

Comprobación

1) WPI: anote el número de áreas en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana. ¿En cuántas ha tenido dolor?. El valor debe estar entre 0 y 19.

Áreas: Cintura Escapular Izquierda. Cintura Escapular Derecha. Pierna Inferior Izquierda. Pierna Inferior Derecha. Brazo Superior Izquierdo. Brazo Superior Derecho. Mandíbula Izquierda. Mandíbula Derecha.

Brazo Inferior Izquierdo. Brazo Inferior Derecho. Pecho (Tórax). Abdomen. Cadera (glúteo/trocánter) Izquierda. Cadera (glúteo/trocánter) Derecha. Cuello (nuca y cara anterior). Espalda Superior, Espalda Inferior. Pierna Superior Izquierda. Pierna Superior Derecha.

2) SS Score:

- Fatiga
- Sueño no reparador
- Síntomas cognitivos

Para cada uno de los tres síntomas indicados, elija el nivel de gravedad durante la pasada semana, en base a la siguiente escala:

0 = Sin problemas

1 = Leve, casi siempre leve o intermitente.

2 = Moderado, produce problemas considerables, casi siempre presente a nivel moderado.

3 = Grave, persistente, afectación continua, gran afectación de la calidad de vida.

Considere los síntomas somáticos en general, indicando si el paciente presenta: *

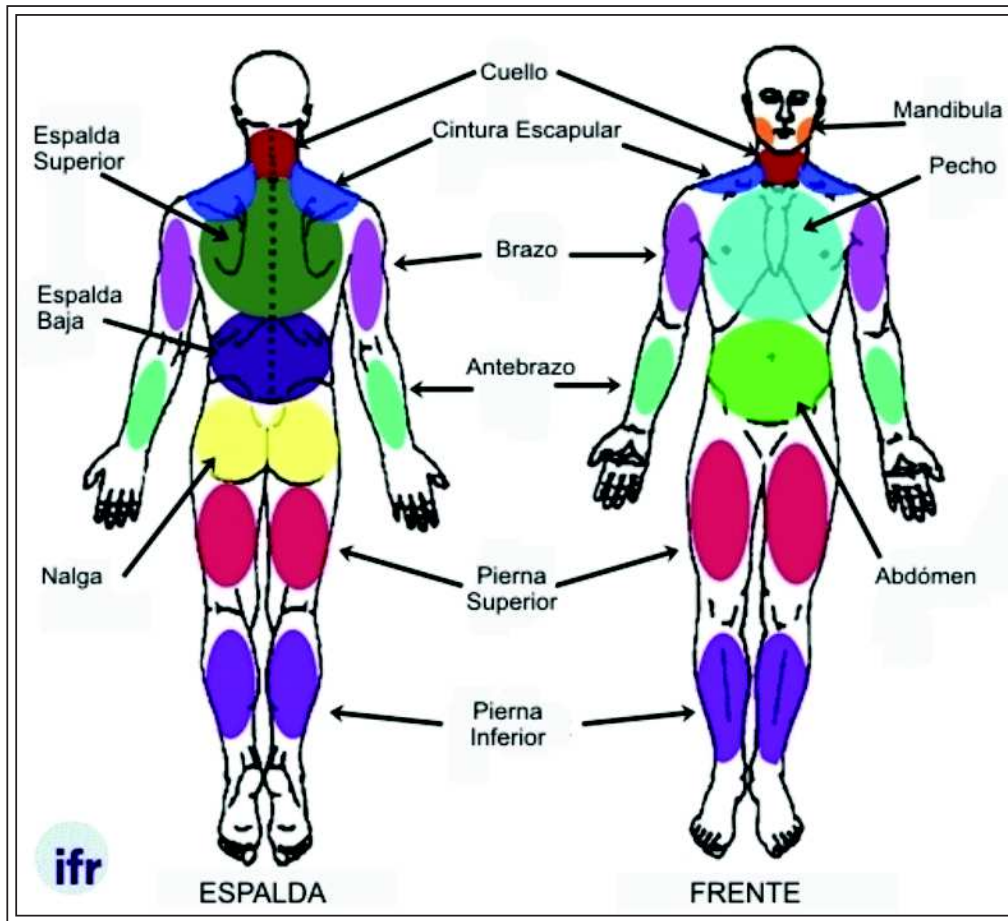
0 = Asintomático (0 síntomas)

1 = Pocos síntomas (entre 1 y 10)

2 = Un número moderado de síntomas (entre 11 y 24)

3 = Un gran acumulo de síntomas (25 o más)

La SS Score es la suma de la gravedad de los tres síntomas (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos) más el valor de síntomas somáticos. La puntuación final debe estar entre 0 y 12.



Instituto Ferran (2011)

3.3 Etiología:

A continuación se va a mencionar las posibles causas y desencadenantes encontradas en la literatura:

-Rol de la serotonina:

Una de las hipótesis encontradas ha sido la alteración de los valores y metabolismo de la serotonina y su relación con los síntomas en la fibromialgia. Kellner, 1991 y Kirmayer y Robbins, (1991 en Cigarán: 32) describió *“la existencia de niveles bajos de triptofano libre, precursor de la serotonina [5-hydroxytryptamine], en los pacientes con fibromialgia de carácter severo”*. Así como, *“una concentración baja de serotonina ha sido asociada a hiperalgesia y a un bajo umbral del dolor por un sueño no-REM (non-REM sleep)”*.

Cordero, Gómez, García, et al (2010) hicieron un estudio con una muestra de 38 pacientes y 25 sanos y los resultados indicaron un descenso de la serotonina de un 45% con respecto lo sujetos sanos y se observaron correlaciones también con el dolor, depresión, impacto de la enfermedad y con la edad de los pacientes. Sánchez, Lamo y Peiro (2014) relacionó la serotonina con los niveles de ansiedad, estrés y depresión.

Otros autores que defendieron la hipótesis de la serotonina como etiología del síndrome son Houvenagel, Forzy y Leloire, 1990; Wolfe, Russel et al. 1997; Kellner, (1991).

-Neurohormonas y fibromialgia:

Según Houvenagel (1999 en Cigarán: 41), *“existirían muchas teorías y estudios que hablan de la relación de anormalidades en las neurohormonas en fibromialgia, como por ejemplo: reducción en la proporción de la corticotropina; hormonas de los ovarios que regulan el eje adrenal, para explicar la mayor prevalencia de fibromialgia en las mujeres; respuestas al stress, causando anormalidades en la función simpática y el descenso en la IGF-1 e implicando bajos niveles de la hormona del crecimiento, pero toda esta información aún estaría abierta por ser validada”*. Para este autor el modelo psico-neuro-endocrino sería la teoría que mejor explicase los descensos del umbral del dolor, estableciéndose una doble dirección entre la mente y el cuerpo.

Se ha podido encontrar otros estudios que han reforzado la teoría de Houvenagel (1999) en donde relacionaron la neurohormonas con la depresión, ansiedad y la fibromialgia (Evrard, Escobar, Tevar, 2016). A través de este estudio intentaron reforzar la hipótesis establecida en otros numerosos estudios en donde los mecanismos fisiopatogénicos parecen confirmar dicha asociación.

Restrepo-Medrano, Pérez, Cases y González, (2009) realizaron una revisión sistemática de los artículos científicos publicados entre los años 1992 y 2007 que abordaban los factores de riesgo asociados a la FMS y para ellos, utilizaron bases de datos de ciencias de la salud y de ciencias sociales: Medline (Pubmed), Cinhal, Web of Science, Lilacs, Sociological Abstracts, Cuiden, Embase, PsycInfo, ISI Web of Knowledge. De toda la búsqueda finalmente seleccionaron 21 artículos como material que cumplía todos los requisitos establecidos por el grupo de investigación y tras el análisis de los mismos, establecieron como factores de riesgos principalmente encontrados: el estrés, Hepatitis C, el trauma y la ocupación.

Así como, otro estudio reciente (Sánchez y Salvador, 2015) fundamentaron esta hipótesis basada en los estudios bioquímicos con la fibromialgia, en donde señalaron a través de sus resultados que el estrés, la depresión y el dolor, compartirían vías fisiológicas y bioquímicas comunes.

-Percepción y tolerancia del dolor:

La mayoría de los estudios que se han llevado a cabo acerca del dolor en fibromialgia han utilizado la palpación manual de zonas del cuerpo, y la dificultad de determinar mediante este método, el dolor y la intensidad del mismo, según la zona donde se estaba presionando, hacía que la línea que determinaría los umbrales de dolor físico con las percepciones y tolerancia de dolor subjetivo no pudiese ser validado médicamente, sino subjetivamente.

En relación a la percepción y tolerancia de dolor encontrado en la literatura, se podría mencionar un estudio Díaz, y García (2008:420) para indicar *“la existencia de una relación lineal positiva entre sensibilidad al dolor en mujeres adultas sanas y valoración de la intensidad del dolor percibido tras la estimulación en algunas zonas corporales”*. A través de este estudio basado en un informe solo con mujeres, también se abrieron la hipótesis de la relación a mayor estrategia de afrontamiento del dolor, capacidad dinámica, capacidad de automotivación y valoración positiva de los problemas y mente abierta a las actividades cotidianas, menor intensidad y percepción del dolor de los puntos sensibles.

En el estudio Miró, Martínez, Sánchez y Valenza (2012:13) analizaron si las manifestaciones de la FMS presentaban características diferenciales en hombres y mujeres y *“la única diferencia significativa encontrada entre hombres y mujeres fue que éstas presentaron un menor umbral de sensibilidad al dolor en el algómetro e informaron de un mayor consumo de analgésicos”*.

Estudios previos (Buskila et al., 2000; Wolfe et al., 1995; Yunus et al., 2000, 2004) observaron esta misma diferencia de sensibilidad al dolor con algómetro en muestras con FMS; en otros síndromes de dolor crónico (Stubbs et al., 2010) y en población sana (Fillingim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams y Riley, 2009) señalaron que esta *“menor tolerancia al dolor en las mujeres podría llevarlas a una mayor demanda de atención asistencial por el dolor y explicaría por qué los hombres con FMS pasan por más especialistas que ellas hasta que se identifica al dolor como problema principal”*. (Katz et al., 2010; Ruiz Pérez et al., 2007 en Miró et al 2012:13).

-Alodinia:

La alodinia se ha descrito como un aumento de sensibilidad, que influiría en la manera de como el sujeto percibiría la estimulación del dolor en situaciones donde no debería de percibirla; es un dolor atribuido a un estímulo que normalmente no provocaría dolor.

Algunos autores que defendieron esta hipótesis para fundamentar la fibromialgia fueron Houvenagel (1999); Quintner y Cohen (1999) quienes señalaban que cuando se producía un daño tisular en algún nervio, como consecuencia de una cura prolongada, por ejemplo, o de una cura agresiva, se producía una liberación de nociceptores C, y esto originaría un área de sensibilización cutánea mayor, de forma que aquellos estímulos táctiles normalmente inocuos, como el roce suave de la piel, podían llegar a producir dolor (alodinia) y también incluyeron en su hipótesis el factor de la hipervigilancia como factor presente en el aumento de la sensibilidad hacia el dolor.

-Tener altos niveles de hipocondría y neuroticismo:

White et al (2000) señaló como factor etiológico un efecto postraumático y decía que un 50% de las personas con fibromialgia presentaban un evento marcado por el trauma como desencadenante, definiendo el trauma como un determinado momento en la vida, vivido como desbordante, que precedía al diagnóstico, y que precipitaría su diagnóstico de fibromialgia, siendo común este evento con un trauma físico. Otros autores que apoyaron esta hipótesis serían (Romano, 1980; Greenfield et al. 1992; Bennet, 1993; Waylonis y Perkins, 1994; Quniter y Cohen, 1999; White al., 2000; Cigarán, 2011).

-Psicopatología y estrés:

La psicopatología y el estrés han sido factores que han aparecido asociado de manera transversal con otros desencadenantes e hipótesis asociados previamente. Actualmente podemos revisar entre la variedad de estudios en torno a los desencadenantes de la fibromialgia desde su dimensión somática, dos tendencias: una que apuntaría a la relación psicológica y biomédica (Winfield, 1999) como respuestas a consecuencias fisiológicas del estrés; otra, que respondería a una perspectiva psicológica, que fundamenta el síndrome dentro del campo del trastorno somatoforme. Aunque numerosos autores fundamentaron el dolor musculo esquelético como una somatización, Según Caballero (2012: 3) *“solo un 5%-6% de los pacientes con fibromialgia parece cumplir los trastornos somatoforme”*.

Podemos encontrar en la teoría de Gómez (2007:223) una relación de la etiología de la SFM con el estrés. Según la autora *“no se trataría tanto del estrés físico, sino del estrés intelectual, -preocupaciones y disgustos”*. La autora expuso que la fatiga *“producida por un esfuerzo intelectual sostenido y prolongado, no conducía a la fibromialgia, sino que debería de ir acompañado de frustraciones o preocupaciones de índole emocional, decepción amorosa, acoso moral en el trabajo, fracaso en unas oposiciones, etc”*. Todas estas causas actuarían produciendo una emoción que podría provocar una alteración en los niveles de los neurotransmisores cerebrales.

Katon et al. (1991 en Winfield, 1999 en Cigarán 2004), afirmaron que el estrés emocional, podría actuar en ciertos sujetos, y ser expresado en forma de síntomas somáticos, incluyendo dolor difuso, en vez de auto informar de un trastorno o disgusto emocional.

Makela y Heliovaara, (1991) también señalarían que la fibromialgia no es un trastorno específico, sino que, representaría el extremo final del continuum de diferentes dimensiones de enfermedad, dolor, y estrés mental. Y según el autor Benigno Casanueva, actualmente, muchos médicos preferían ignorar la existencia de la fibromialgia y consideran a éstos pacientes como producto de una excesiva "medicalización" y de las dificultades de base que tiene para enfrentarse a las situaciones cotidianas del estrés.

Ford (en Caballero, 2008: 3), en una revisión sobre *"los diagnósticos de moda, la enfermedad como una forma de vida"* hizo una comparación entre varias enfermedades, entre ellas la FMS, caracterizadas *"por quejas subjetivas difusas, falta de hallazgos objetivos, solapamiento entre los distintos diagnósticos, explicaciones "cuasi-científicas", síntomas entre los que se incluyen la ansiedad y depresión y negación casi sistemática de problemas a la propia enfermedad"*. Todas estas enfermedades estarían para el autor fenomenológicamente relacionadas con *"síndromes ambientales u ocupacionales y con enfermedades psicógenas, como un camino sintomático común sobre el que inciden una variedad de influencias ambientales, conflictos interpersonales o soluciones a problemas sociales, de manera que podrían servir como un mecanismo de racionalización para los problemas, como un fenómeno de afrontamiento y en algunos casos como un forma de vida"*.

Algunos autores como Lorentzen, no la consideraban como una auténtica enfermedad, sino que entendían los síntomas referidos por los pacientes, como reflejo de las dificultades en el enfrentamiento o solución de diversos tipos de estrés medioambiental. Consideraban que el estrés podría ocasionar las alteraciones del sueño, fatiga, bajo nivel de actividad y forma física, que a su vez conduciría al dolor y la debilidad muscular, llevando éste círculo vicioso a la cronicidad. Y otra teoría encontrada en el Instituto Parker (2007) asoció los episodios de violencia grave con el estrés y el dolor crónico, argumentado que ello es debido a la situación de estrés continuado en el tiempo, los efectos de la durabilidad del mismo causarían un impacto nocivo hacia el cuerpo, pudiendo desencadenar la fibromialgia.

-Trastornos del sueño:

Otras teorías sobre el posible origen fue presentada por Moldofsky, en la década 1920, acerca de las ondas alpha que aparecían en el sueño rem, siendo estas la que pudieran provocar el dolor y la fatiga (Wessely et al., 1999). Estos trastornos del sueño, que condiciona en general, una falta de sueño profundo, afectarían también a la capacidad de concentración y a la memoria inmediata, produciendo síntomas que podrían confundirse con alteraciones neurocognitivas.

Según Kurand, (2010) encontró que cuando los sujetos con el síndrome de fibromialgia, trataron de entrar en el sueño profundo, la actividad de ondas alfa de alta frecuencia era interrumpido, lo que alteraba los períodos normales y necesarios de sueño de ondas delta. Estudios posteriores, analizaron que cuando los sujetos que no tenían el síndrome de fibromialgia pasaron varias noches consecutivas en un entorno de sueño controlado donde se generaba ruido para perturbar el sueño de ondas delta, cómo dichas personas desarrollaron síntomas de la fibromialgia. Este sueño no reparador podría ser causado por anomalías en la hormona del crecimiento. Alrededor del 30% (Kurand, 2010) de los pacientes con fibromialgia tenían bajos niveles de factor de crecimiento similar a la insulina, actuando como otro indicador de la reducción de la secreción de hormona de crecimiento.

-Traumas:

Se recogieron niveles variables de trauma:

-Infecciones: infecciones virales crónicas diversas: (EBV, CMV, enterovirus), micoplasma, y las infecciones bacterianas. Las intoxicaciones por drogas de diseño y la cocaína, tanto más cuando el consumo es motivado por una mentalidad más o menos adictiva, y las enfermedades infecciosas tanto virales como bacterianas podrían ser posibles desencadenantes. Las enfermedades infecciosas o de transmisión sexual son las que se manifestaron con más frecuencia a la fibromialgia. La fibromialgia no se consideraría sólo la consecuencia directa de la acción tóxica sobre las células nerviosas, sino también de los trastornos emocionales que estos cuadros originarían. Por las sensaciones que producen, aumentan el sentimiento de la propia personalidad y hacen aflorar el yo hasta niveles extremos. Cualquier causa o fuente de dolor agravaría la precipitación de la fibromialgia. Posiblemente, estos desencadenantes no causarían la fibromialgia en sí, sino que podrían activar alguna anomalía fisiopatológica latente que ya estaba presente en los pacientes. (Gómez, 2007).

-Accidente u otra enfermedad simultánea, como artritis reumatoide, lupus eritematoso o hipotiroidismo.

-Trastornos endocrinos, como la dominación del estrógeno.

-Traumas físico y/o emocionales: podemos encontrar casos de fibromialgia que comenzaron después de procesos muy concretos, como un trauma físico (accidente, operaciones...) o un estrés emocional agudo (desengaño amoroso, divorcio, un problema con los hijos, etc). En otros casos aparecieron después de que otra enfermedad limitase la calidad de vida.

El hecho que se recoja diferentes tipos de trauma no quiere decir que una persona con fibromialgia sufriese uno solo, sino que, en determinados momentos de la evolución vital pudiese darse el impacto de alguno de ellos y en otras fases evolutivas otro tipo de trauma, y la no correcta elaboración de las emociones en conflicto subyacente que se derivaron del mismo –bien sea del impacto físico con las consecuencias emocionales o de lo emocional que condicionó la búsqueda de sustancias como medios evitativos- podrían haber actuado como desencadenantes a un cuerpo dañado ya previamente.

-Disfunciones de eje del hipotálamo-pituitario-adrenal:

Kurland, (2010) sugería que los pacientes con fibromialgia tenían anomalías neuroendocrinas, aunque no se conoce del todo, el autor señaló un desequilibrio del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA). Este desequilibrio creó inconsistencias hormonales, que podrían alterar la capacidad del cuerpo para ajustar y mantener la homeostasis. Las investigaciones Kurland, (2010) apuntaron que la supresión del eje HPA, lo que se tradujo en la reducción de la hormona de crecimiento humana (HGH), dehydroepiandrosterone (DHEA), cortisol y otras hormonas, se veía agravada por el dolor crónico y la falta de sueño asociados con la fibromialgia.

Varios estudios Velasco (2010), Douglas (2005) han demostrado que el estrés crónico debilitaría la función del eje hipotálamo-pituitario-adrenal normal (HTA). Algunos expertos se refirieron a la fibromialgia como "síndrome de amplificación sensorial". Esto conducía a una exagerada, y a veces nociva respuesta a estímulos relativamente normales. Esta condición de la respuesta al dolor amplificado mediada por el cerebro medio a través del asta dorsal de la médula espinal podría explicar la generalmente escasa respuesta de FMS para los periféricamente analgésicos de acción y los medicamentos anti inflamatorios no esteroides (AINE).

-Sufrir abusos sexuales en la infancia:

Según la Asociación de Mujeres para la Salud (2014), del 20% al 30% de mujeres fueron abusadas sexualmente en su infancia y el 15 % de varones.

La relación entre el dolor crónico y el abuso sexual en la infancia ha quedado probada, tal y como certifican algunas revisiones bibliográficas, Walsh et al. (2012), se ha identificado que el abuso físico y/o sexual en la infancia como un factor etiológico significativo para el desarrollo del dolor crónico en mujeres, Green and col. (1999); Lampe et al. (2003). Asimismo, se han encontrado asociaciones específicas entre el abuso sexual en la infancia y dolores en zonas concretas del cuerpo, como el dolor facial Goldberg y col. (1999); dolor pélvico, e.g. Bodden-Heidrich et al. (1999); Vaginismo, Reising y col. (2003 en Caballero, 2008); dolor gástrico, Drossman y col. (1996) y fibromialgia, e.g. Imbierowicz y Egle (2003).

A la vez, estudios retrospectivos han encontrado niveles elevados de tensión muscular y síntomas gastrointestinales relacionados con el abuso sexual en la infancia Rimza y col. (1988) y una significación elevada de la relación entre el dolor crónico y el abuso en la infancia documentado judicialmente, cuando estos menores han recibido seguimiento en la edad adulta, (Raphael y col., 2001).

En el estudio de Taylor, Trotter y Csuka, (1995) también informaron que las pacientes con fibromialgia e historia de abuso sexual reportaron más síntomas y dolor que los que no fueron abusados. En otra investigación, la presencia de abuso sexual era de un 75% en las pacientes con fibromialgia, y había un aumento en la percepción de dolor, mayor fatiga e inhabilidad funcional en estas mujeres que en las pacientes con fibromialgia que no habían experimentado abuso sexual (Alexander et al, 1998). Otra investigación que comparó un grupo de pacientes con fibromialgia contra otra muestra de pacientes con enfermedad reumática, concluyó que los pacientes con fibromialgia presentaron mayores índices de abuso sexual en el pasado (17% versus 6%), abuso físico (18% versus 4%), abuso físico y sexual combinado (17% versus 5%). Específicamente en la niñez, el abuso sexual experimentado por las pacientes con fibromialgia fue de un 37% contra un 22% en las mujeres del grupo control, (Boisset-Pioro, 1995 en Moreno y Montaña, 2000).

En la investigación de Torres, Troncoso (2006) se planteó la hipótesis que las experiencias de maltrato y abuso en la infancia configurarían una constitución vulnerable al estrés en la adultez, que se podría expresar en dolor, síntomas depresivos y ansiosos. A partir de esta hipótesis se desarrollaría el argumento que los pacientes con fibromialgia, al manifestar dolor que no tenían un sustrato físico conocido y un tratamiento claramente especificado, tenderían a implementar estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, en vez de estrategias para enfrentar el problema. En este estudio se seleccionó una muestra de 15 pacientes con fibromialgia, 15 pacientes con enfermedad reumática, ambos diagnosticados por un médico reumatólogo, y 15 personas con buen estado de salud y sin antecedentes de enfermedades crónicas, y una de las conclusiones que señalaron, fue que los pacientes con fibromialgia y enfermedad reumática tenían similares niveles de dolor; sin embargo, el primer grupo tuvo más experiencias de maltrato en la infancia y experimentaba en la actualidad mayor cantidad de síntomas de depresión y tenía sistemáticamente menos niveles de ansiedad y uso de estrategias de afrontamiento.

Una investigación que analizó la infancia de estos pacientes, encontró mayor frecuencia de crueldad física por parte de los padres y abuso sexual. La relación emocional con ambos padres fue descrita como pobre y con menor expresión de afecto físico; también se informó alto consumo de alcohol y adicción de la madre, experiencias de separación y una precaria situación financiera antes de los 7 años de edad (Imbierowicz y Egle, 2003). Así pues, el abuso sexual en la infancia estaría presente en la etiología del dolor crónico, de forma similar a lo que sucede con otros acontecimientos traumáticos (e.g. Collado y col. 2002).

Todos estos estudios hallados nos permitiría abrir la hipótesis si las pacientes con dolor crónico, fibromialgia y experiencias de abuso sexual infantil mostrarían resultados diferenciados respecto a los síntomas psicológicos que presentan (ansiedad, depresión, síntomas traumáticos y bienestar psicológico) y/o de dolor experimentado (intensidad, frecuencia y localización).

-Teorías del aprendizaje del dolor:

Carveth y Carveth (en Barrera, Cortés, Guerrero, Aguirre, (2005): 44) consideraban que la fibromialgia y otros síndromes somáticos funcionales, *“cumplen con la descripción clásica de la histeria (belle indifferença, ganancias secundarias, dramatización y atribución del sufrimiento a suceso fuera de su rutina diaria, poca tolerancia), pero su sintomatología se ha transformado culturalmente, los pacientes señalan aquellos síntomas que pudieran resultar más adecuados para obtener tanto la protección de los profesionales de la salud como de su entorno sociocultural”*.

Para Barrera, et al. (2005:44) decía que eran *“las teorías del aprendizaje las que podrían dar cuenta del mecanismo de instalación y mantenimiento de los síntomas. La complejidad del padecimiento requeriría que primeramente la fibromialgia se considerase como un padecimiento que implica tanto lo biológico como lo psicológico”*. Fordyce y Cols, (2008) y Fordyce (1991), señalaron que el dolor crónico, síntoma principal de la fibromialgia, se podrían explicar por procesos de condicionamiento respondiente y operante, fundamentándose que los seres humanos estamos influidos por la experiencia (aprendizaje) y con base en ella anticipamos las consecuencias. Sin embargo, Barrera señaló, et al. (2005: 44) para que *“el aprendizaje ocurra no es necesario saber cómo ocurre éste; pero la conciencia del aprendizaje por supuesto influye en otros aprendizajes y en la conducta”*. Las conductas inducidas por traumas dolorosos podrían incluir mecanismos mediados automáticamente. Así, respuestas de músculos lisos, glandulares y algunas bioquímicas, podrían ser evocadas y mostrar gran persistencia en su responsividad al estímulo reminiscente del trauma original. En el dolor crónico esta relación es poco clara, no obstante Turk (1996) y Cáthebras, Lauwers, Rousset, (1998), propusieron que la instalación y la exacerbación de los síntomas principales de la fibromialgia de dolor y fatiga, siguen un modelo de condicionamiento en su inicio. Barrera, Cortés, Guerrero, Aguirre (2005: 44) señalaron que *“una paciente con vulnerabilidad psicológica, debido a la exposición en la niñez al maltrato físico, psicológico o sexual, que haya desarrollado algún trastorno de la personalidad cuando adulto joven, con antecedentes de ansiedad y depresión y cuyo rol en la sociedad se caracteriza por el presentarse como una persona ordenada, trabajadora y responsable, asocia el dolor con la posibilidad del descanso y el relajamiento. Así, en la posibilidad del descanso se evoca el dolor. Por otra parte, exponen los autores que la búsqueda de tratamiento para el dolor y su cansancio asociado, le proporciona al paciente aprendizaje operante, donde la atención por parte del entorno y la liberación de presiones familiares y laborales funciona como reforzadores de la primera asociación. La repetida exposición a estos estímulos generaliza el aprendizaje y la misma sintomatología se mantiene y amplifica, generándose un círculo vicioso que la perpetua. Con el síndrome ya instalado y fortalecido, los pacientes evitan la actividad y algunos se involucran en litigios para conseguir incapacidad o buscan facilidades laborales”*. Según estos autores, la importancia del aprendizaje ha sido poco comprendida por los pacientes y algunos profesionales de la salud quienes tienden a pensar que el dolor es orgánico (real, físico) o mental (imaginario, psicogénico, o funcional) y dicho supuesto es equivocado porque las conductas de dolor ocurrirían a causa de la nocicepción por algún daño en el cuerpo o que reflejan algún funcionamiento desviado de la mente.

El autor trata de fundamentar a través de la teoría del aprendizaje, que los síntomas no son un reflejo de un mal funcionamiento físico o mental, sino que por el contrario reflejan la integridad del mecanismo subyacente al aprendizaje; es decir, que para que se dé la asociación (respondiente u operante), se requiere una participación mente-cuerpo íntegra. Por otra parte, como Fordyce (1991) mencionaba, los informes verbales y las conductas bajo control voluntario se podrían ver influido marcadamente por lo que el paciente anticiparía como consecuencias de lo que dice o hace. Estas distorsiones son generalmente efectos naturales del aprendizaje o la experiencia y no conllevaría necesariamente implicaciones de simulación.

También se podría tener en cuenta la literatura en el campo de la psicología, las teorías desarrolladas sobre el impacto y repercusiones del trauma tanto en la estructura del cerebro como en el área emocional, a la hora de analizar respuestas de disociación ante el origen del trauma, así como, mecanismos de defensa para evitar situaciones aprendidas como dolorosas. Por ejemplo, en situaciones carenciales afectivas y formaciones traumáticas en la infancia, el trauma impediría la construcción del yo y se podrían producir bloqueos emocionales, de tal modo que mediante el bloqueo podría ser un medio por el cual, se evitaría una parte del sufrimiento; otro modo podría ser mediante las somatizaciones que aparecerían años después; así como, otro tipo de evitación a mencionar podría ser mediante el aprendizaje, mediante ese particular y singular modo que aprendemos desde pequeños a esquivar situaciones que nos colocarían en el dolor o que a través del mismo se ha aprendido a recibir más atención, cariño, reconocimiento, disminución de exigencias o expectativas, etc. Y en la vida adulta, estos patrones aprendidos e incorporado a modo de mapa mental se reproducirían de manera automática, reaccionando inconscientemente.

-Predisposición genética:

Aunque su causa aparece aún desconocida en gran parte de la literatura, según Meeus (2007) cada vez se detecta más evidencias al respecto de una base genética de la fibromialgia, que se activaría ante determinadas circunstancias y que condicionaría una respuesta anómala del Sistema Nervioso y una facilidad específica para incrementar los procesos de sensibilización al dolor, al menos en aquellos casos que cursan con una extraordinaria sensibilidad dolorosa ante el tacto, el roce o los estímulos térmicos mínimos (alodinia). El dolor y otros síntomas de la fibromialgia se autoalimentarían con el paso del tiempo, lo que haría especialmente importante un diagnóstico precoz.

Kurland (2010) trabajó con una madre, sus dos hijas y su hijo. Según el autor, cuando los dos padres tuviesen la enfermedad, todos los niños se verían afectados. El doctor Paul St. Amand ha tratado a miembros de una familia que abarcó tres generaciones entre ellos, una niña de dos años de edad. Algunos de los pacientes de Kurland, desarrollaron el síndrome a los 70 años, y uno a la edad de 80.

Según estos autores, esta diferencia de edad sería imposible de explicar con sólo un gen defectuoso. Por lo tanto, consideran que parece haber una causa multigenética de fibromialgia. El número de genes afectados, y el espectro de genes recesivos (leves) a los más dañinos (dominante), permitiría todo tipo de combinaciones que determinaría en qué etapa de la vida del síndrome se expresa y la gravedad de los síntomas. En aquellos que tienen sólo pequeños defectos en las secuencias de aminoácidos de los genes responsables, la fibromialgia podría no manifestarse plenamente, o transitoriamente, o episódica. La predisposición genética explicaría que un individuo podría ser el primero en su familia para que se expresase, sus ascendientes ser, si es así, portadores sanos.

Anteriormente, se ha mencionado la relación entre el género y la fibromialgia. En los estudios

que se está analizando en la temática de la genética como desencadenante, argumentan que dado que el 85% de los pacientes con fibromialgia son mujeres, es evidente que al menos un gen en el cromosoma X. Trabajos recientes apuntaron que los embarazos vividos en situación continuada de estrés severo podrían favorecer el desarrollo de la fibromialgia en las hijas, por una alteración continuada en la secreción del cortisol y una alteración en la glándula suprarrenal que podría facilitar el desarrollo del síndrome.

Determinados perfiles genéticos parecen ser más frecuentes en las formas más graves de fibromialgia, siendo necesarios estudios de validación y comparación para sentar esta afirmación. El riesgo de sufrir fibromialgia si se tiene un familiar de primer orden con la enfermedad, es superior en 8,5 veces al de la población sin esta coincidencia. Buskila, Neumann , Hazanov, Carmi, (1996) señalaron que en jóvenes con fibromialgia, un 71% de sus madres la tenían. La prevalencia en familiares directos de afectados por fibromialgia fue de un 41% en mujeres y un 14% en varones.

-Síndromes de sensibilidad central:

En los últimos años, se llevaron a cabo experimentos en el campo de la neuroendocrinología, la inmunología y la fisiología del ejercicio, en donde empezó a emerger *“la teoría de que el sistema nervioso central, el sistema endocrino e inmune, interactuaba en la patofisiología del dolor, la fatiga, la depresión, la inflamación e incluso los trastornos somatoformes”*. (Winfield, 1999 en Cigarán: 18).

En un estudio de Efrati , Jacob, Ablin, Becho, Daphna-Tekoah, Fishlev, Faran, Bergan, Mony Friedman, Buskil, (2012), expusieron que la fibromialgia se consideraba como un prototipo de la sensibilización central, es decir, una condición caracterizada por un aumento en la transmisión y el procesamiento del dolor dentro del sistema nervioso central, (Yunus, Yunus, 2007). El concepto de la sensibilización central posteriormente se ha aplicado a un espectro de condiciones “funcionales” se superponen, se ha apoyado y sostenido por las líneas convergentes de evidencia.

Por un lado, las pruebas de dolor psicofísica ha demostrado claramente fenómenos tales como una disminución en la modulación del dolor acondicionado en muchos pacientes, (Staud, Robinson, Vierck, Jr., Price, 2003) lo que indicaba una reducción de la capacidad del sistema nervioso central para inhibir el dolor en estos individuos. Por otro lado, a partir de más de una década con los hallazgos de Gracely Petzke, Wolf, Clauw (2002) fMRI se ha utilizado para demostrar el aumento de la respuesta de las áreas de procesamiento del dolor en el cerebro a la estimulación experimental de dolor. Paradigmas de imagen funcional más recientes han descubierto capas adicionales de información sobre la naturaleza de los sistemas CNS sensibilización central en la fibromialgia, en particular sobre el fenómeno de la creciente conectividad entre las áreas particulares del cerebro en estas personas.

Se ha descrito un aumento de la conectividad entre la red por defecto el modo (DMN) y el aislamiento en la fibromialgia (Napadow, LaCount, Park ,As-Sanie, Clauw, Harris, 2010), así como una asociación entre la disminución de la conectividad y la reducción de dolor clínico (Napadow, Kim, Clauw, Harris, 2012). Por lo tanto, neuro-plasticidad parece ser un concepto viable en fibromialgia, con relación directa con el eje central del paradigma de la patogénesis de la sensibilización central de la fibromialgia. Esta comprensión abre la ventana a una variedad de posibles intervenciones dirigidas a la consecución del objetivo neuro-plasticidad. Este grupo de investigadores están llevando a cabo actualmente, un estudio en el centro médico de Assaf-Harofeh para comprobar la efectividad de oxígeno hiperbárico (OHB) como una modalidad terapéutica para fibromialgia, basado en las posibilidades de lograr la neuroplasticidad y su consiguiente repercusión en la sensibilización central. Este estudio recoge una muestra de

60 mujeres entre 21-67 años, diagnosticada con fibromialgia desde un mínimo de dos años. Cada una de las pacientes recibió 40 sesiones, 5 días a la semana, durante 90 minutos, con un tratamiento de 100% oxígeno. Como resultados obtuvieron una reducción significativa de todos los síntomas del síndrome tales como dolor (umbral y el número de puntos sensibles) y la fatiga, así como una mejora significativa en los síntomas de angustia ($p < 0,001$ para todos). La calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes mejoraron significativamente después de las sesiones de OTHB.

Para finalizar con este capítulo, mencionar que en menor medida se ha podido recoger estudios que aluden a la función baja de la tiroides y la función suprarrenal, trastorno de la articulación Temporomaxilar (ATM) en el síndrome de Costen o SADAM síndrome, o factores ambientales externos que modifican el metabolismo de las personas, como por ejemplo el dióxido de azufre (SO₂) como posibles desencadenantes o causas que influyen en la formación del síndrome.

También se ha recogido estudios que informan del papel de los pesticidas y tóxicos químicos, ampliamente distribuidos en todos los aspectos de nuestra vida diaria, en tanto que muchos de ellos podrían actuar como transformadores endocrinos y neuroestrógenos, y se está estudiando como posible fuente de potenciación y mantenimiento del dolor y otros síntomas de la fibromialgia, al menos en personas sensibles. (Cigarán, 2004).

Chamizo-Carmona, (2005) ha sugerido a través de estudios científicos que los pacientes afectados por dolor crónico y por fibromialgia, podrían tener un riesgo más elevado de muerte accidental.

En resumen, encontramos muchos estudios que tratan de fundamentar una diversidad de etiologías, orientados a observar si hay lesiones en los músculos, alteraciones inmunológicas, anomalías psicológicas, problemas hormonales, alteraciones en la fisiología del sueño o en los mecanismos protectores del dolor, pero entre todos estas hipótesis la más aceptada en la literatura médica, ha sido la citada por un incremento de la sensibilidad al dolor de tipo neurológico (Montoya, Sitges, García-Herrera, Rodríguez-Cotes, Izquierdo, Truyols, Collado, 2006).

Tabla de la etiología:

Bajos niveles de Serotonina (5 Hydroxytryptamine). Neurohormonas. Percepción y tolerancia del dolor. Alodinia. Niveles altos de hipocondría y neuroticismo: 50% evento postraumático. Psicopatologías: Ansiedad Depresión Estrés: Físico y emocional. Trastorno del sueño: Ondas alpha que aparecen en la fase REM, provocan dolor y fatiga. Traumas: Niveles variables de traumas: Accidentes u otra enfermedad simultánea. Cirugías: operaciones, cesáreas, intervención dental. Infecciones: virales y bacteriales. Traumas físicos y emocionales: accidentes, divorcio, desengaño amoroso, problemas con hijo/a. Las intoxicaciones por drogas de diseño y la cocaína. Disfunción del eje del hipotálamo-pituitario-adrenal. (HPA). Episodios de violencia grave. Abusos sexuales en la infancia. Teorías del aprendizaje del dolor. Predisposición genética. Respuesta anómala del Sistema Nervioso Central. Síndrome genético hereditario. Trastornos somatoformes/somatización/conversivos/somáticos funcionales.
--

Se ha podido recoger en la literatura de la fibromialgia diferentes cuadros de la misma, dependiendo de las características sintomatológicas del cuadro de fibromialgia que presenta el sujeto se podría establecer sub-categorías.

Trabajos de Muller, Schneider, Stratz, (2007) confirmaron que efectivamente existían diferentes tipos y cuadros de fibromialgia, reforzando más la idea de que la fibromialgia no era una entidad única, sino que existían subgrupos:

Primer grupo:

Las persona que sufren por un claro incremento de la sensibilidad al dolor sin estar asociado a un trastorno psiquiátrico o psicológico añadido.
Se consideran como la causa de este primer grupo procesos inflamatorios leves.

Segundo y tercer grupo:

Las persona, cuyo dolor puede ser asociado con depresión.

Cuarto grupo:

Fibromialgia asociado a un trastorno de dolor somatoforme. Con manifestaciones graves de problemas psicológicos previos o que subsisten y también, insuficientes estrategias de afrontamiento para hacer frente a los síntomas de la enfermedad, considerados como la razón de la cronicidad del dolor.

Para algunos autores, solo el primer subgrupo constituiría la verdadera fibromialgia.

Lev-Wiesel (2014) expuso como otro posible desencadenante el *“trauma secundario”* derivado de la transmisión a través de la madre hacia la hija. La autora estableció la relación que si la madre sufre fibromialgia, el/la hija lo podría heredar tanto a nivel físico como psicológico, a través del aprendizaje de las neuronas espejos¹, en la cual, asimilarían las estrategias de adaptación y mecanismos de defensa y los interioriza como propios.

Esta propuesta parece confirmarse con los trabajos de Giesecke (2004), el cual señalaba que era importante que dejemos de considerar a los enfermos con fibromialgia como un grupo homogéneo. Teniendo en cuenta la etiología y la clasificación de los cuadros de fibromialgia nombrados, se podría ordenar en acorde a dicha información:

En el primer grupo podrían corresponder los casos de fibromialgia producido por etiologías como:

Predisposición genética, ante una serie de características y circunstancias (influencia de la cultura, el entorno, estrés...) podrían generar el síndrome por manifestar una vulnerabilidad genética.

¹ Cierta clase de neuronas que se activan cuando un animal ejecuta una acción y cuando observa esa misma acción al ser ejecutada por otro individuo. Las neuronas del individuo imitan como “reflejando” la acción de otro: así, el observador está él mismo realizando la acción del observado, de allí su nombre de “espejo”. En el ser humano se las encuentra en el área de Broca y en la corteza parietal. En las neurociencias se supone que estas neuronas desempeñan una función importante dentro de las capacidades cognitivas ligadas a la vida social, tales como la empatía y la imitación. De aquí que algunos científicos consideren que la neurona espejo es uno de los más importantes descubrimientos de las neurociencias en la última década. (Arbib, 2006).

Hereditaria, un miembro o más de la familia tienen el síndrome de la fibromialgia.

El trauma secundario.

Espectro muy amplio de síndromes relacionados con el estrés, encontrando así que otros trastornos del estrés como las cefaleas no migrañosas o dolores de cabeza producidos por tensión junto con el síndrome de colon irritable, se dan con mayor frecuencia.

Este grupo abarcaría todo los casos de personas que han sufrido un trauma físico o emocional debido a un acontecimiento concreto, que ellos/as pueden identificar como desencadenante.

El 2º y el 3º grupo:

Espectro de casos con fibromialgia que sufren depresión y las sintomatologías asociadas a la depresión. Se relacionaría con los trastornos de somatización, conversión, somático funcional.

En el 4º curso:

Abusos sexuales en la infancia, y/o sucesos traumáticos de violencia, abuso, abandono o formaciones traumáticas en la infancia.

Clínica psicósomática: donde se podría recoger una serie de clínicas, *“de cortejo orgánico y de base neurótica que se han caracterizado por su peor respuesta a la psicoterapia. Enfermos con disturbios orgánicos y crónicos, que portan una personalidad neurótica, cuyos disturbios podrían ponerse en relación cronológica, biográfica o existencia con la evolución y la dinámica de su neurosis”* (López, 1985:23). Es decir, que la etiología procedería de un desorden emocional pero que una vez instalada la enfermedad, la misma, seguiría una formación y evolución con rumbo propio desligándose de la etiología inicial. Entre ellos se encontrarían casos de: *“asma, ulcus o hipertensión, colitis ulcerosas, colon irritable, insuficiencias hepatobiliares, anorexias mentales, eczemas microbianos, alopecias, etc”*. En la práctica clínica encontramos casos de fibromialgia con dichas características psicósomáticas.

Se podría considerar como el culmen o el extremo, de todas las sintomatologías nombradas en los grupos anteriores.

Se puede observar tras esta presentación general, que la mayoría de los autores han coincidido en los síntomas generales, pero no en el origen y el tipo de diagnóstico generándose una gran confusión sobre el mismo.

Como conclusión podríamos valorar diferentes tipos de factores a la hora de pensar en las causas y desencadenantes de la fibromialgia, y establecer una relación entre los siguientes factores: factores cognitivos biológicos (predominio en el sexo femenino subrayando la desigualdad de género-sexo) comportamiento, creencias y atribuciones sobre el dolor, hipervigilancia sobre los síntomas, estrategias de afrontamiento, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad y conductas asociadas con el dolor) variables ambientales y socioculturales (procesos de somatización como las respuestas a los conflictos inconscientes, la construcción de los vínculos fundantes y su condicionamiento en el apego, narcisismo y construcción de la identidad; efectos del patriarcado en la construcción de la identidad femenina y masculina, señalando efectos nocivos en el campo de la salud en la mujer, en relación a la construcción inconsciente de vínculo marcados por estados subjetivos de subordinación, cuyas consecuencias clínicas repercutirían en el territorio corporal. (Távora, 2016; Lévin, 2016).



ARTICULACIÓN DEL LENGUAJE
DEL DOLOR

Semiología y nosología de la fibromialgia

Lo malo del discurso del método de Descartes es que quiso empezar prescindiendo de sí mismo, de Descartes, del hombre real, de carne y hueso, del que no quiere morirse, para ser un mero pensador, esto es, una abstracción, (...) La verdad es sum, ergo cogito, soy, luego pienso, aunque no todo lo que es, piense. La conciencia de pensar ¿no sera ante todo conciencia de ser? ¿Será posible acaso un pensamiento puro, sin conciencia de sí, sin personalidad? (Miguel de Unamuno, 1913)

El dolor, cuando no se convierte en verdugo, es un gran maestro. (Arenal, 1820-1893)

4.1. Teoría y modelos explicativos de las somatizaciones y fibromialgia:

En este capítulo se van a analizar algunos de los términos que se puede encontrar en la literatura de los diferentes campos de la salud, para referirse a las enfermedades que tienen componentes psicológicos y/o síntomas, y enfermedades funcionales que no pueden explicarse actualmente por razones orgánicas, ni asentar unas teorías de los desencadenantes objetivas y comunes. Se hará un recorrido general de los conceptos que se ha encontrado más relevantes desde investigaciones y publicaciones más antiguas (desde sus orígenes) hasta nuestros días. Esta revisión ayudará a entender mejor el lugar donde algunos/as autores/as entienden la fibromialgia, así como, los criterios clínicos y nosológicos de dicho diagnóstico.

Es pertinente subrayar que al realizar la revisión general de los criterios clínicos, nosológicos de la fibromialgia, se ha encontrado abundante terminología de la construcción del campo de la salud sesgada. Principalmente, conceptos que se han usado para definir enfermedades o estados de malestar con un lenguaje que ha sido construido en torno a un automodelo masculino, entendiendo este género como lo "normal" y sesgando a todo lo que se considera fuera de esa normalidad, con una devaluación al género femenino. Desde este lenguaje se ha podido observar asociaciones entre enfermedades y patologías con ciertos atributos, roles y funciones que socialmente ha sido designado a la identidad femenina normalizándose como rasgos de la personalidad inherentemente de la psique femenina. Todo ello se utilizará en este espacio, antes de iniciar la lectura como posibilidad para visibilizar y cuestionar que los conceptos de "patología", "salud", "histeria", "neurosis", "funcional", entre otros conceptos, no son conceptos que responda a verdades universales u objetivas sino que estarían sujetos a una construcción social androcentristas. Para hacer más fácil la identificación de los mismos se va a presentar entre comillas y en cursiva los conceptos de la literatura que se ha considerado sesgado para que el lector lo pueda tener en cuenta durante la lectura.

En una primera parte del texto se va a hacer una revisión general de la Medicina Psicosomática, haciendo un recorrido de autores claves en la historia hasta teorías actuales que informan de la validez de la misma. Y en una segunda parte, se desplegará una serie de conceptos claves que se usan con frecuencia en el campo de la salud para referirse a la fibromialgia y que estarán presentes a lo largo de la investigación, con el fin de que sirva como contenidos aclaratorios a las definiciones dadas.

4.1.1 Psicopatología y fibromialgia:

La Medicina Psicosomática no era una especialidad médica sino un campo médico interdisciplinario (psicología y ciencia natural), determinado fundamentalmente por una actitud del médico quien trataba de considerar holísticamente toda enfermedad humana, teniendo en cuenta tanto los fenómenos psicopatológicos y las relaciones entre factores sociales, psicológicos, de comportamiento en la relación cuerpo-mente, y en todo momento se tendría en cuenta, la personalidad del enfermo, las variables personales de la situación de enfermedad, el sentido existencial de los trastornos, la modulación psicológica de los mismos, la singular manera de padecer la enfermedad, para tratar al paciente acorde a esas realidades (Martínez, 1985).

Von Weizsäcker, creador de la Medicina Antropológica, pertenecía a la escuela de Heidelberg y fue continuador de Krehl y Siebeck. Sus aportaciones fundamentales se refieren a la Medicina Psicosomática y a la Antropología Médica creada por él (Cigarán, 2004), y entre las obras a destacar se encontraría *"El círculo de la Forma"* y la *"Teoría de la unidad entre percepción y movimiento"*, en donde el autor expondría que para poder entender la génesis del movimiento, el ser vivo en su ambiente debemos partir del encuentro de ambas fuerzas,

las del medio y las del organismo, el resultado sería una resultante de las dos fuerzas, en donde el organismo actuaría sobre el medio y viceversa.

Para el autor todo acontecimiento, incluido el patológico, poseería su posición significativa y la enfermedad sería como resultado de ese lugar de significado dado, portando un sentido. Toda enfermedad tenía un sentido psicológico y por tanto habría que ir a la comprensión del mismo más allá del síntoma. A raíz de esta teoría se quedaría bien establecida una forma peculiar de la Patología Psicosomática, atendiendo a la necesidad de comprender el sentido de la enfermedad, tanto en su génesis como en su configuración psicosomática y biográfica, dentro de la existencia humana que lo padece (Pérez, 1984) para poder abordar el sufrimiento y el malestar desde un enfoque holístico.

Para Groddeck (1983) la *"patología psicosomática"* estaría bajo el epígrafe de la *"conversión"*, y no existiría para el autor tipologías caracterológicas, ni modelos psicofisiológicos, ni personalidades específicas: la enfermedad encarnaría una conflictiva y expresaría un mundo de sentido, como la teoría que desarrolló Weizsaecker. Chiozza, (1976) expuso que hasta donde él había podido comprobar, ninguno de los autores que pertenecían al campo del psicoanálisis, incluyendo al mismo Freud, asumiría explícitamente la rotunda afirmación de Weizsaecker acerca de que todo lo corporal (enfermedad, forma, función y desarrollo) poseería un sentido psicológico.

Weizsacker, distinguió en la historia del pensamiento médico contemporáneo tres estadios: el Psicoanálisis, la Medicina Psicosomática, (entendida etimológicamente como una medicina de las relacionadas entre la vida y el cuerpo) y la Medicina Antropológica que sería la etapa que incluye y supera las anteriores. El enlace de este con la Medicina científico-natural dio por resultado la Medicina Psicosomática norteamericana (Cigarán, 2004). El problema no estaba en la consideración o no de los aspectos psicológicos en la génesis de la enfermedad, sino en la necesidad de introducir al sujeto (único, no separado en soma y psique) en el objeto, y realizar la medicina desde esta premisa del acto biológico como unidad de la biología. Como dijo López (1985:22) en relación a una patología de la personalidad total, *"la relación psicofísica no sería en absoluto una relación causal sino que se formaría en la génesis de la enfermedad solamente como una forma pasajera de transición para desaparecer de nuevo"*. Entonces se podría exponer las formulaciones de la ciencia médica en el siguiente orden que propuso Weizsaecker. El primer eslabón de la cadena sería la causalidad psicofísica pero considerándola en ambos sentidos, superando la disyuntiva psicógeno o somatógeno. Ambas, psicogenia y somatogenia, son aspectos presentes en una misma realidad: lo anímico se convertiría en expresiones de la impresión corporal, o el cuerpo de la expresión de la impresión anímica y ambos constituirían un todo; este es el cómo de la unidad. El tercer eslabón vendría a subsanar el cómo y el porqué del desplazamiento del conflicto del terreno psíquico al corporal y viceversa, representando la evolución productiva y cambiante de una novedad en la enfermedad en cuya génesis el cuerpo y lo emocional contribuirían conjuntamente.

Hasta el momento predominaba en el paradigma positivista científico de la medicina, que la causalidad era unidireccional de la mente al cuerpo y que las desregulaciones corporales dependían exclusivamente de la calidad de las fantasías que ocasionaban la ansiedad; sin embargo, a través del campo de la psicosomática y de las nuevas investigaciones actuales en neurociencia, se están demostrando que este proceso se produce a doble vía en el campo de la enfermedad (Bleichmar, 2000), en donde tanto lo corporal y como lo mental estarían conectados. Damasio (1996) desarrolló el concepto de *"marcador somático"*, para referir que lo que daría valor a una experiencia no es sólo la evaluación cognitiva, sino que lo somático también estaría presente, y a través de la activación de circuitos subcorticales neurohumorales marcarían a un pensamiento con una carga específica afectiva.

Bleichmar (2000:2) expuso que *"estados emocionales, desencadenan automáticamente a otros"*

de manera que para ciertas personas se pasa, de manera automática, del miedo a la agresividad, a veces explosiva, o del miedo al embotamiento emocional, llegándose a fuertes estados disociativos tipo catatonoide, o de la tristeza a la manía, etc.” “...Se suele hablar de afectos como si éstos fueran entidades aisladas que acompañan a la cognición o que son pura consecuencia de ésta cuando, en realidad, como lo muestran los estudios actuales, la cognición existe dentro de estados afectivos, formando parte de éstos y no antecediéndolos” (Ablon, 1994; Jones, 1995; Killingmo, 1999; Schore, 1984 en Bleichmar: 2).

Estudios recientes articulan los estados afectivos con el sistema neurovegetativo, con las peculiaridades de éste en cada persona; el tipo de activación neurovegetativa que modula a ciertas memorias (Cahill, 1997; Gold & Greenough, 2001; O'Carroll, Drysdale, Cahill, & Shajahan, 1999), de enorme significación para los trastornos de estrés postraumáticos. Así como, determinarían “la influencia que la activación neuroquímica/hormonal tiene para regular/desregular en un sentido u otro la cognición consciente e inconsciente, guiando y seleccionando qué red representacional se activaría” (Panksepp, 1998 en Bleichmar: 2).

Hallazgos en el campo de la investigación en neurociencia exponen que la mente humana conserva la organización semiótica del cerebro animal en que “un estímulo perceptual -visual, auditivo, olfatorio, etc.- desencadena una conducta compleja, junto a un otro nivel en que un ideal abstracto, un mandato del superyó, organiza al deseo, a la fantasía y la acción”. “...Este es el campo de las afecciones psicosomáticas en que una imagen, una idea puede hacer contraer una víscera, las arterias, los bronquios, producir hipoglucemia, etc...” (Bleichmar, 2000:4).

Lo que van mostrando estos estudios es que hay múltiples sistemas biológicamente preparados que actuarían como desencadenantes de fuerza para encontrar en el orden representacional aquellas representaciones con las cuales formar articulaciones específicas, y que el proceso de articulación se podría producir en una doble vía: del lado representacional se activaría los procesos neurovegetativos/hormonales /inmunológicos y también de las modificaciones en el nivel biológico podrían activar uno u otro tipo de representaciones. Estos hallazgos posibilitarían un acercamiento entre el campo de la neurociencia y el psicoanálisis, en donde se podría dar validez a un concepto clave, la pulsión¹.

Según Bleichmar (2000: 36) “existen pacientes que reaccionan con descargas neurovegetativas, con hipertensión, con crisis de taquicardia, con diarreas, etc. Es decir, con un cuerpo que se desregula. Esta es la característica distintiva y no el tipo de conflicto en sí pues otra persona podría tener conflictos similares, incluso mayores déficits en su capacidad para simbolizar a éstos y, sin embargo, un cuerpo en el que la angustia no da lugar a esas manifestaciones somáticas. Ello implica que si una persona posee un alto grado de activación neurovegetativa sea por razones constitucionales, o porque fue hiperactivado por experiencias infantiles, o por situaciones actuales- lo que vaya fantaseando inconscientemente, o pensando a nivel consciente, o lo que vaya viniendo como estímulo desde el exterior, encontrará a un sistema afectivo preparado para marcarlo de una manera singular. Aquí el concepto de pulsión como la articulación entre algo del orden biológico y una representación halla una nueva forma de manifestación. La pulsión no tiene porqué quedar restringida a la sexualidad o la agresividad -y mucho menos a categorías genéricas como pulsión de vida/pulsión de muerte-, las que al encontrar a su objeto contingente quedan fijadas a él. Estas son ejemplificaciones, variantes de lo que constituye una estructura más abarcativa: el concepto de pulsión se refiere a la articulación entre distintos y múltiples sistemas biológicos que, en tanto fuerzas impulsoras, encuentran representaciones a las cuales marcan y a las que quedan fijados.

1 Es un término que se utiliza en psicoanálisis para designar aquel tipo de impulso psíquico característico de los sujetos de la especie humana que tiene su fuente en una excitación interna (un estado de tensión percibida como corporal) y que se dirige a un único fin preciso: suprimir o calmar ese estado de tensión. Para lograr este fin, la pulsión se sirve de un objeto, el que sin embargo no es uno preciso, ni está predeterminado.

Articulación con un movimiento a doble vía: cuando se activa el lado biológico, se convocan a las representaciones específicas, y cuando algo del entorno o el procesamiento psíquico activa ciertas representaciones el sistema biológico pasa al estado de activación”.

El sistema neurovegetativo constituiría una fuente de activación regulatoria que estaría marcando continuamente al orden representacional, y una vez que ha tenido lugar la articulación con ciertas representaciones, ésta también condicionaria al sistema neurovegetativo. Atendiendo a la teoría de Chomsky, (1984) lo que se estaría considerando, en vez de verse que dos sistemas articulados obedecen cada uno a sus propias leyes, se los homogeiniza: lo que le faltase en uno, reaparecería en el otro.

Todos estos estudios e investigaciones nombradas se hacen uso en esta investigación para poder pensar el sufrimiento, el estado de enfermedad, el síntoma desde un enfoque holístico, en donde el proceso de construcción del ser humano, llevaría aparejado una construcción a través del aprendizaje de las emociones en relación a sus circunstancias, contextos biográficos, huellas fisiológicas que se registrarían según la determinada estimulación, tensión, dolor, malestar, descarga, etc...acorde a la vivencia biográfica. Con ello, se entendería al cuerpo como un soporte que podría actuar como la memoria de la experiencia vital del ser humano y como activador de esa memoria ante los estímulos externos. Desde esta investigación se fundamenta que a través de los procesos psicósomáticos en el síndrome de la fibromialgia, el cuerpo podría actuar como entidad que comunica con un particular “lenguaje corporal”, todo aquello que no ha podido ser pensado, elaborado ni simbolizado, actuando de tal modo, como soporte desde donde tiene lugar los reductos no procesados; y la fibromialgia podría estar actuando como nexos consecuentes de la separación de ambas instancias.

4.1.2 Psicopatismo y fibromialgia:

A continuación, se va a hacer un breve desglose de ciertos conceptos claves encontrados en la literatura relacionados con algunas de las características ontológicas de la fibromialgia, con el fin de adquirir una mayor comprensión de los conceptos que van a ir apareciendo a lo largo de la tesis. Antes de iniciar el desglose, señalar que se ha podido encontrar en la literatura de las somatizaciones y de la fibromialgia una terminología ambigua.

Lo Funcional:

Uno de los términos más ambiguos y peyorativos que se ha podido encontrar en la literatura del SFM, y al mismo tiempo más utilizado en la práctica, donde se han ido amalgamando dos tipos de significación y uso, ambos definidos negativamente.

1) Cuando se dice que ese algo es funcional, se quiere decir más exactamente que ese algo “no es lesional”.

2) Cuando se dice que es funcional se dice en realidad, su contrario: esto es, que algo es disfuncional. Es funcional así (alesional y disfuncional) una gastralgia o una ceguera histérica, significándose que una función se halla alterada o abolida sin que una lesión orgánica lo justifique.

Se habla de trastornos funcionales para referirnos a la amplia gama de disturbios clínicos de expresión órgano-física (digestiva, cardiocirculatoria, respiratoria) que acompañan a la angustia en cualquier forma de neurosis. Estos trastornos se conectan muy sensiblemente con las influencias sociotraumáticas, de forma que llegan a ser estudiados como si se tratase de “entidades” clínicas. (López, 1985).

El término “funcional” lleva aparejada para los médicos, la connotación de psicógeno, con ciertas connotaciones peyorativas hacia el paciente.

Lo Vegetativo:

Con esa expresión se alude a manifestaciones, generalmente anómalas ("distonias") del Sistema Nervioso Autónomo. Su uso, gira alrededor del juicio que los médicos hacen. Decir que lo funcional y lo vegetativo para los médicos suele ser juicios de escaso valor. Se podría decir que padecer trastornos vegetativos o funcionales disminuye la credibilidad del sufrimiento de cara al médico. Funciona así el esquematismo de otorgar al par vegetativo-funcional el carácter de leve, al tiempo que se reserva la gravedad para aquello que es lesional y orgánico. Contra este tipo de esquematismo estaría la llamada Medicina Psicosomática.

Lo Psicógeno:

Se emplea en medicina de forma equiparable a lo funcional y su uso recoge la negación de la existencia de razones o trastornos "reales".

Dos usos sancionan el término: a) aquel que da por sentado que hace alusión a una génesis psíquica, que sería su significación literal: *"por psicógeno pretende significarse todo y cualquier acontecimiento que nos parece tener su origen en los planos psíquicos del ser"*; (Gomez, 1963, en López, 1985: 22) aquel que dice que algo, por ser psicógeno, es significativo, comporta un sentido, un mensaje humano de significación.

Lo Psíquico:

Constituye la categoría general de donde lo Psicógeno se deriva. No todo lo psíquico es psicógeno y a su vez no todo lo psicógeno es psíquico.

Lo Histérico:

La confusión y los paralelismo se hacen más estrechos entre lo funcional, lo psicógeno y lo histérico.

a) La *"conversión"* de problemas psíquicos en manifestaciones somáticas, que es la orientación para lo histérico que enfatizó Freud. Frazier (1969 en López, 1985:50) *"alteración neurótica en la cual la ansiedad se convierte en síntomas físicos a través del mecanismo de conversión"*, lo que deja un interrogante entre la conversión *"histérica"* y la *"conversión"* que para algunos representarías los procesos psicosomáticos.

b) La latencia en las manifestaciones *"histérica"* de una necesidad o un deseo de comunicación a los demás. La simbolización del síntoma encarna un mensaje que existe, para ser ofrecido a los demás, de ahí el carácter *"público"* de los *"histéricos"*.

La Conversión:

Procesos por el cual energía psíquica se traslada a manifestaciones físicas, orgánicas, tal y como en la histeria, tal y como también, en los procesos psicosomáticos. *"La esencia de la teoría de la conversión somática conversión de un afecto en una inervación orgánica, tal como Freud la denominó, es que cada tendencia psíquica busca una adecuada expresión corporal"* (Riviére, 1970:221). A nivel psicodinámico sería un mecanismo del Yo, y uno de los más insaludables por el callejón sin salida que conduce los problemas psicológicos subyacentes.

Distonía Neurovegetativa:

La relación entre factores psicológicos y procesos fisiológicos se puede observar en el antiguo concepto de Distonía Neurovegetativa. Se trataba de una disregulación del sistema nervioso llamado Vegetativo (López y Piñero, 1989: 41) constituido por dos planos de acción específicos: “el Simpático y el Parasimpático”. En el Sistema Nervioso Vegetativo se diferenciarían (Poirier) vías vegetativas eferentes (del S.N.C a los efectores), vías vegetativas aferentes (desde las vísceras al neuroeje) y porciones centrales como la región hipotalámica, “centro de la vida visceral” (temperatura, equilibrio híbrido, hormonal, presión arterial, hambre, conducta emocional). A nivel central, el Sistema, desde su regulación hipotalámica, conecta por una parte con el Sistema Límbico, a título de escalón “Superior” y por otro con el Sistema Reticular del tronco. Las vísceras reciben una doble inervación vegetativa antagonista (tronco del encéfalo y médula sacra, sistema parasimpático, neuronas colinérgicas, por una parte, y neuronas de la región dorso lumbar, sistema simpático, neuronas colinérgicas y adrenérgicas, por otra) a cuyo dictado resulta su funcionalismo, no tanto de la oposición como de su coordinación. La simpaticotonía y la parasimpaticotonía de Eppinger y Hess la entiende como dos sistemas distintos coordinados hacia los mismos fines” (Marañón, 1961).

Las aportaciones de Hess ampliaron el esquema primitivo al incluir las nociones de Ergotropismo y Trofotropismo (activación y reparación, respectivamente) sin que el concepto de ergotropismo se deje identificar con el de Simpaticotonía, dado que el concepto de ergotropismo incluye a la simpaticotonía e integra también el mundo instintivo y afectivo. La noción de desequilibrio subyacente a aquellas denominaciones (Estigmatización, Labilidad) señala a un sistema que, en tensión y armonía constantes, ve perturbada su estabilidad, por las causas que fueran, deviniendo una anarquía funcional donde predominaba control y la regulación estable de los sistemas y órganos internos (“Homeostasis” de Cannon, concepto energética del mundo orgánico). El resultado de ese desequilibrio neurofisiológico ha sido denominado en términos tan dispares como el fracaso del rendimiento del Sistema Nervioso Vegetativo y se expresa con lo que se ha denominado Labilidad neurovegetativa, Distonía neurovegetativa, Anfotonía o Simpaticotonía, Estigmatización vegetativa, Diencefalosis, etc., y así se produce la patología neurovegetativa en forma de los llamados Síndromes Neurovegetativos o Síndromes Psicovegetativos. (Marañón, 1961).

El concepto de “funcional” sumado a estos acontecimientos, pertenece a Von Bergmann (1970) quien al crear la doctrina de la Patología Funcional buscaba un eslabón o una forma de tránsito entre la Psicopatología y la Somatología, quería ver que entre lo orgánico, y lo psicógeno, existiría un puente constituido por la alteración funcional. Von Weizsaecker fue quien explicó la secuencia en su famoso esquema “neurosis-biosis-esclerosis”: tendría lugar primero la excitación psíquica a la que seguiría la alteración funcional y la desregulación motora y secretora, la inflamación luego seguida en su caso de la ulceración, cerrándose el ciclo con la neurosis visceral, el carcinoma, la esclerosis...secuencia útil para todos los procesos morbosos. (López, 1964). No existe psiconeurosis que no tenga expresión somática por medio de síntomas neurovegetativos. Según el autor, la patología neurovegetativa no se correspondería con entidad nosológica alguna, ni siquiera con las llamadas neurosis.

A continuación se va a explorar la relación de estos síndromes y la somatización en general. Se va a presentar una revisión de la literatura actual de los criterios clínicos que indican cómo llamar a las diferentes formas de manifestar síntomas físicos, no explicables de forma médica, con componentes psicológicos, recogidos en los diferentes DSM de la medicina.

En la nueva versión del Manual de Enfermedades (DSM-V, 2015), se recoge que el trastorno de somatización y trastorno somatomorfo indiferenciado se combinaron para convertirse en síntoma de trastorno somático, un diagnóstico que ya no requiere un número específico de síntomas somáticos.

Así, se diferencia términos como:

- a) Trastornos Somatoformes (DSMIII-R / DSM IV)
- b) Trastornos por Somatización (DSMIII-R / DSM IV)
- c) Somatización/Trastorno conversivo
- d) Trastornos somatomorfos indiferenciado
- e) Dolor somatoforme
- f) Síndromes somáticos funcionales:
 - Síndrome de Fatiga Crónica
 - Fibromialgia
 - Síndrome de intestino irritable

4.1.2.1 Los trastornos somatoformes:

La característica básica de los trastornos somatomorfos, cuando se conceptualizaron por vez primera en la nosotaxia americana en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III, 1980 en Caballero, 2006: 2), era la *“existencia de síntomas físicos no explicables por enfermedades o mecanismos fisiopatológicos conocidos y la fuerte presunción de que están vinculados a factores psicológicos o conflictos”*. La vaga descripción *“mecanismo fisiopatológico desconocido”*, y la asunción de hipótesis psicogenéticas no probadas en la definición y la presencia habitual de síntomas de ansiedad y depresivos en estos pacientes, pusieron en duda la validez de este epígrafe desde su concepción (Caballero, 2002; Caballero, 2002). Las descripciones posteriores en el DSM-III-R, el DSM-IV y el DSM-IV-TR no han corregido estas deficiencias conceptuales y ha generado dificultades en el campo de la investigación.

El criterio de cronicidad y discapacidad para el diagnóstico de trastorno somatomorfo en diversos constructos de investigación utilizados es muy variable y define poblaciones clínicas diferentes. Los resultados de muchos de los estudios disponibles no son generalizables por este motivo.

Muchos pacientes que resultan diagnosticados de *“somatomorfos crónicos”* en psiquiatría son muy parecidos a los que en otras especialidades se diagnosticarían de síndromes somáticos funcionales específicos (p. ej., fibromialgia en reumatología, fatiga crónica en medicina interna o síndrome de intestino irritable en gastroenterología).

Todo lo anterior refleja la profunda crisis conceptual que afecta al campo de la *“somatización”*. Como consecuencia de todo ello varios estudios epidemiológicos internacionales de los últimos años han optado por suprimir las categorías *“trastornos somatomorfos”*, (Janka, 2005) entre sus objetivos. Algunos autores, como Kirmayer y Robbins (1991) prefieren hablar de *“síntomas físicos que no pueden ser explicados médicamente”* en vez de términos como *“somatización”*, o *“síntomas somatoformes”*.

Una propuesta de Ballas (2003) ha sido la de consignar todos los *“síntomas físicos no explicables”* en el eje III del sistema DSM-IV (hasta que se aclare su naturaleza) y requerir el diagnóstico psiquiátrico multiaxial en todos los pacientes para poder establecer de manera sistemática correlaciones entre los ejes de conduzcan finalmente a un mejor conocimiento de

la naturaleza de las “somatizaciones”. Y la propuesta de Kellner, (1986) ha sido la de tratar de relacionar los síntomas somáticos sin causa orgánica clara con los trastornos psiquiátricos del eje I a los que podrían asociárseles con mayor probabilidad (p. ej., el dolor crónico podría asociarse primariamente a la depresión, el dolor torácico a la crisis de angustia, el mareo a la agorafobia y a la ansiedad generalizada, etc.).

Tabla: Características clínicas diferenciales de los tres trastornos somatomorfos crónicos más frecuentes e importante (Caballero, Caballero, 2008:18):

Dado que en la práctica, muchos pacientes no se ajustan a las definiciones de categoría puras, ha derivado a que muchos autores señalen la clasificación multidimensional (Mayou, 1995)

	Trastorno por somatización	Hipocondría	Dolor somatomorfo
Sexo	Más en mujeres	Mujeres y varones	Mujeres y varones
Edad de inicio	Antes de los 30	Cualquiera	Cualquiera
Desencadenante	Múltiples	Enfermedades familiares	Lesiones agudas
Personalidad	Disemocional	Obsesiva	Mixta
Curva vital	Caótica	Ordenada, egoísta	Ergópata
Historia familiar	Disfunción seria por: Sociopatías Abuso de sustancias	Excesiva preocupación por la salud	Dolores “psicógenos”, alexitimia

como la clasificación más adecuada para encasillar a este tipo de pacientes. Sin embargo, estas clasificaciones no han encontrado todavía cabida en las nosotaxias internacionales vigentes.

4.1.2.2 Trastornos por somatización:

Una investigación, Guze (1975) mostró que el trastorno por somatización tiene un estatus clínico y epidemiológico válido y diferente al de otros trastornos somatomorfos. En una revisión (Caballero, Caballero, 2008: 16) sin embargo, se ha cuestionado dicha validez argumentando que el trastorno por somatización *“es un síndrome crónico y recurrente que cursa con síntomas somáticos múltiples no explicados por ninguna otra enfermedad, con un importante distrés psicológico asociado y búsqueda exhaustiva de ayuda médica. Su etiología es compleja y probablemente biopsicosocial. Algunos pacientes presentan un deterioro del proceso cognitivo bifrontal de predominio en el hemisferio no dominante”*. Flor-Henry, Fromm-Auch, Tapper, et al (1981) señalaba que podría ser responsable de la depresión, del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta; y las anomalías en el hemisferio dominante serían las responsables del deterioro de la comunicación verbal, de la incongruencia peculiar de la respuesta afectiva y de la integración sensomotora anómala. El análisis del patrón, Oxman, Rosenberg, Schunurr, et al. (1985) en estos pacientes mostraría una identidad del self negativa y confusa con dos componentes: una modificación de los objetos y de las acciones por la actitud negativa y un narcisismo patológico que empobrecería su mundo relacional, por déficit de empatía y seudodependencia.

Escobar et al. (1987 y 1989), realizaron diversos estudios en los que validaron un constructo reducido de lo que el DSMIII-R y DSM IV llamó *“trastorno de somatización”*. Estos autores

descubrieron que existía una porción de sujetos muy significativos que, aunque no reunían todos los criterios para ser diagnosticados con trastorno de somatización, presentaban varios síntomas somáticos y quejas relacionadas.

Kirmayer y Robbins (1991) también propusieron que los trastornos somatoformes deberían ser definidos como síntomas o patrones de reacción, más que como trastornos independientes con una naturaleza histórica intrínseca, sin centrarse en la categorización de los trastornos. Asimismo, concluyeron con la idea de que no se trataba de unidades independientes, sino de varios síndromes somatoformes que descansasen sobre un continuo, en el que el trastorno de somatización se encontraría en el extremo más severo, y otros síndromes como la hipocondría, el trastorno somatoforme por dolor, los no diferenciados y los trastornos somatoformes atípicos, así como las manifestaciones somáticas que coexisten con síndromes de ansiedad y depresión, estarían dentro del continuo como formas menos severas y menos evolucionadas que el trastorno de somatización.

Otros aspectos comunes encontrados en el campo de la psicósomática y el campo de la fibromialgia, ha sido que las mujeres que presentaron un trastorno por somatización solían tener padres que las abandonaron, maltrataron o abusaron de ellas física o sexualmente (Caballero, 2006), acontecimientos traumáticos que también se encontrarían en la literatura de la "histeria" y en los casos del campo de psicósomática se ha encontrado también que solían casarse con mayor frecuencia con varones sociopáticos.

El estudio desarrollado por Guza (1975) señalaba que la propuesta clásica de una base genética común, Guza (1975) para los trastornos por somatización (en la mujer) y los trastornos asociales de la personalidad (en los varones) no se ha comprobado en todo el mundo (Caballero, 1995; Caballero 2006). Desde el punto de vista psicológico, Smith (1991) algunos síntomas del trastorno por somatización pueden entenderse como una expresión simbólica de conflictos intrapsíquicos; otros parecen más una consecuencia directa del estrés, pero unos y otros sustituyen al lenguaje verbal en la comunicación normal de las emociones y han sido utilizados por los pacientes para controlar a los allegados y el ambiente.

También parecen contribuir a la etiopatogenia y/o al curso del trastorno por somatización las anomalías de la relación médico-enfermo, variables socioculturales que determinan.

4.1.2.3 Somatización y trastorno conversivo:

La somatización posiblemente es el término que más se ha relacionado con la fibromialgia en la literatura, por lo que se va a dedicar un apartado para profundizar sobre el mismo, dada la gran relevancia que tiene dentro del tema de estudio.

Podemos encontrar antecedentes históricos del pensamiento psicósomático desde el Medicina Babilónica, IV a. J.C. (Alexander, 1970). En el periodo greco-romano, posteriormente en la figura de Hipócrates y los hipocráticos que crean la doctrina humoral, que ha reinado en patologías hasta el Siglo XIX en que se constituyó la patología celular. También encontramos legado de esta concepción en la cultura árabe durante el periodo de involución científico-cultural de la Época Medieval. En el periodo de la Ilustración destaca Pinel (1755-1826), autor de las grandes revoluciones psiquiátricas. Las apreciaciones clínicas de Pinel desde una perspectiva psicósomática fueron ya muy precisas y en su nosografía aparecen las "neurosis de la digestión": espasmos del esófago, cardialgia, pirosis, vómitos, dispepsia, bulimia, pica, cólico, íleo; así como la "neurosis de la circulación": palpitaciones, síncope. Estas neurosis designan trastornos ligados a funciones orgánicas o, dicho trastornos psicósomáticos (Haynal, Pasini, 1980). Durante el Siglo XIX, en el Periodo Romántico, viene de la mano de Heinroth, (1733-1843), el concepto mismo de "psicósomático". Su definición (1818) se apoyaba en la

influencia del mundo psíquico instintivo sobre las enfermedades orgánicas más relevantes (la tuberculosis, cáncer). Este autor parece haberse anticipado a una concepción psicósomática actual. Friedrich Eduard Beneke, propuso que las ideas podían simbolizarse y expresarse en forma de reacciones físicas. (Alexander, 1970). En el Periodo Contemporáneo se podría citar a Palov (1849-1936) quien se ocupó de las relaciones entre la vida psíquica y el funcionamiento de los órganos internos, a través del estudio de los reflejos condicionados.

Steckel (1943) utilizó el término somatización para hablar de trastornos corporales que nacían como expresión de una neurosis situada a niveles profundos, que a su vez es específica de una enfermedad consciente. Este mismo autor comprobó como el término novedoso que había acuñado se parecía al ya utilizado por Freud de *“neurosis de conversión”*. De hecho, existe una gran controversia por delinear el límite entre términos como somatización, trastorno de conversión o enfermedad psicósomática (citado en Kellner, 1991).

La terminología de conversión, somatización fue estudiado inicialmente en relación a la enfermedad de la histeria, Breuer y Freud (1893) sobre el mecanismo psíquico de los *“fenómenos histéricos”*, en donde se discutieron la analogía patógena de la histeria ordinaria con la neurosis traumática. Freud, empleó el término conversión para referirse a los mecanismos psicológicos que se producían como consecuencia de una acumulación de energía nerviosa asociada a una emoción no expresada. Ésta había sido reprimida y expulsada de la consciencia para ser transformada en una descarga somática, creando síntomas corporales. Así pues, los efectos somáticos directos se diferenciarían de los efectos somáticos por conversión, en que estos últimos implicarían una mediación psicológica, conteniendo una carga simbólica como medio de comunicación o como indicio de un conflicto encubierto o subyacente.

Muchos autores rehusaron el concepto de Conversión para la *“Patología Psicósomática”*. Pero ciertamente no resulta fácil establecer diferencias entre Conversión y Somatización. Si seguimos la exposición de Coderch (1975) la Somatización vendría a ser una especie de forma particular de conversión, que implicaría:

- a) Una conversión a nivel visceral
- b) Asimbólica
- c) Precedente a la instauración de la alteración psicósomática orgánica

Laplanche y Pontalis (1971 en López, 1989:51) lo enjuician así: *“en el campo actualmente llamado psicosisomatismo parece que hoy se tiene a diferenciar la “Conversión histérica” de otros procesos de formación de síntomas para los cuales se ha propuesto el nombre de somatizaciones. El síntoma de “conversión histérica” según los autores, guardaría una relación simbólica más precisa con la historia del sujeto, sería más difícil de aislar en una entidad nosográfica somática (ulcus, hipertensión), sería menos estable, etc.; ahora bien, aun cuando en muchos casos la distinción clínica se impone, la distinción teórica sigue resultando difícil de elaborar”*. Autores de influencia kleiniana (Garma, Rascovsky, Chiozza) consideraron artificial e inoperante la oposición Conversión/Somatización, así como la discusión sobre si había o no participación del Yo en la formación del síntoma psicósomático, postulando la existencia tanto de funciones yoicas como de fantasía inconscientes que lo sostenían y el modo de funcionamiento del Yo en cada caso (Loren, 1979). Piñero, (1985) distinguió entre los procesos conversivos de los de somatización, facilitando así la evaluación de un daño orgánico y la probabilidad de instauración de una enfermedad autónoma.

En relación a lo denominado Psicósomático: Obiols, (1973) a pesar de la difusión del nombre es difícil llegar a precisar actualmente qué es lo que se entendería por Medicina

Psicosomática.

Henri (1965 en López, 1989) habló de Medicina Psicosomática para designar aspectos de la patología general que estaban relacionados con la vida psíquica consciente e inconsciente. Designan estos términos, primero, la tendencia a comprender todos los hechos de una situación en la unidad del organismo. Es lo que puede llamarse la actitud psicossomática. En este primer lugar, la palabra psicossomática se aplica también a todo síntoma o síndrome funcional en el cual el médico encuentra como unidad patológica manifestaciones coordinadas. Se trata, por ejemplo, de síntomas o trastornos "físicos" directamente expresivos de emociones. Estos son los síntomas psicossomáticos elementales: un espasmo, un vértigo, un algia, una náusea. En tercer lugar, para autores como Henri (1965 en López, 1989:51) *"existe otra categoría de hechos que expresan de una manera particular y prevalente las reacciones del sujeto a sus condiciones de vida denominándolo como hábitos patológicos de larga duración, o cíclicos, verdaderas enfermedades (tuberculosis, asma, hipertensión, etc), que expresan un estilo particular especialmente la atención de los médicos psicossomaticistas y el que forma las "verdaderas" afecciones psicossomáticas, señalando la relación entre el inconsciente y de las funciones de vida"*.

La medicina psicossomática se correspondería con una amplia gama de trastornos, y no otros, trastornos que son peculiares por su génesis, por su clínica, por su evolución o por sus requerimientos terapéuticos:

Se recogen una serie de clínicas, de cortejo orgánico y de base "neurótica", que se han caracterizado en términos generales por su peor respuesta a las psicoterapias, en comparación con las clínicas neuróticas habituales. Henri (1965 en López, 1985: 46) dijo que desde su punto de vista *"...existe un amplio grupo de enfermos con disturbios orgánicos y crónicos, que portan de manera más o menos manifiesta una personalidad básica neurótica, cuyos disturbios orgánicos pueden ponerse en relación cronológica, biográfica o existencial con la evolución y la dinámica de sus neurosis, siendo la respuesta de estos enfermos a la práctica de la psicoterapia de peor calidad que la ofrecida a las neurosis convencionales. Estos son los enfermos que se contemplan genuinamente psicossomáticos, y entre ellos se encuentran algo más que casos de asma, ulcus, o hipertensión, ya que también: colitis ulcerosa, colon irritable, insuficiencias hepatobiliares, anorexias mentales, eczemas microbianos, alopecias, etc"*.

Atendiendo a la experiencia clínica de López, (1985) Se podría formular las siguiente características como propias de este tipo de patologías: 1) lesionalidad, 2) autonomía, 3) estilo de las resistencias, 4) carácter desvinculante de la realidad, 5) refracteriedad a la psicoterapia y 6) gravedad consecuente.

Hoy día la somatización ha sido descrita como un proceso inconsciente mediante el que los pacientes traducen el estrés emocional en forma de quejas corporales, y parece utilizarse bastante este término para referirse a la presentación de síntomas somáticos en ausencia de enfermedad o daño de tejidos.

Además, estos autores señalan que es común que los síntomas desarrollados por conversión ocurran en momentos de mucho estrés. Es en ese momento cuando podría aparecer una disociación espontánea, porque podría actuar como una forma de funcionamiento de gran valor adaptativa para la persona, generalmente asociada a un episodio agudo, la conversión, como un síntoma esporádico sin una psicopatología significativa específica y no como un síndrome o trastorno diferente o independiente.

Caballero, et al (2008) señalaba que el paciente con un síntoma conversivo experimentaría una pérdida funcional motora o sensitiva, típicamente brusca y de curso variable (transitorio o

recurrente) cuya etiología procedería de una enfermedad neurológica pero sin congruencia exploratoria y se presentaría tras un desencadenante psicológico claro (p. ej., una pérdida de visión tras presenciar un acontecimiento traumático, etc.). Los síntomas más frecuentes que se han encontrado son parálisis, afonía, crisis, alteraciones de la marcha o de la coordinación, ceguera, visión escotómica y anestesia. El mecanismo de la conversión no está bajo control voluntario (aunque el paciente puede condicionar, hasta un cierto punto, la gravedad de algunos síntomas).

Según el autor los síntomas conversivos pueden ser modificables por sugestión en donde el paciente mostraría una aparente despreocupación por el síntoma a la que se ha llamado "bella indiferencia". Caballero, Caballero, (2008: 25) fundamentó que *"el trastorno conversivo es de 2 a 5 veces más frecuente en mujeres que en varones, aunque en la infancia la razón es 1:1. Los factores predisponentes son importantes para el diagnóstico y el tratamiento. Una enfermedad médica con frecuencia precede al síntoma conversivo y ocasiona un síntoma que, resuelto el problema orgánico, el paciente puede "volver a generar" según sus necesidades afectivas de atención. La preexistencia de depresión, ansiedad, esquizofrenia o los trastornos de personalidad histriónica, pasivo-dependiente y pasivo-agresiva son también predisponentes. Los síntomas conversivos pueden, además, precipitarse por exposición de los predispuestos a figuras de identificación psicológicamente importantes que los presentan (muertos o vivos)".* Un 13-30% de los síntomas conversivos, Caballero, (2005) Lazare (1999) precederían a los trastornos orgánicos que se manifestarían con posterioridad, pero en el momento de la aparición la exploración neurológica física y las exploraciones complementarias podrían ser normales.

A mediados del siglo XX, la psiquiatría definió, ya no sólo por mero análisis psicológico o descripción fenomenológica, sino por análisis factorial, las características de la *"personalidad histérica"* según (Caballero, 2008: 17) se recogerían como: *"egocentrismo, histrionismo, labilidad emocional, pobreza y falsedad de afectos, erotización de las relaciones sociales, frigidez y dependencia afectiva"*. El autor dijo que estas pacientes *"son especialmente intolerables al rechazo personal y gastan mucha energía tratando de encontrar la aprobación, la atención y la alabanza en los demás. La etiología de la histeria se definió con términos psicoanalíticos, con base en perturbaciones del aparato psíquico, complejos o mecanismos de defensa primitivos"*.

Hoy día para la mayoría de los psiquiatras el término de histeria ya perdió vigencia. La situación actual de la "histeria" en el escenario clínico es la de sustitución del término a favor de sus componentes sintomáticos: trastorno disociativo, trastorno conversivo y trastorno por somatización o somatoforme.

Kirmayer y Robbins (1991) diferenciaron las teorías psicósomáticas y la somatización en que las primeras se centraban en las causas de la enfermedad, mientras que la somatización pondría su atención en la experiencia y la expresión de la enfermedad. Propusieron una visión de la somatización como una tendencia a experimentar y comunicar estrés somático y síntomas que no podía ser resultado de ningún hecho patológico, ni enfermedad física, y que a su vez, requeriría de un tratamiento médico.

La somatización según estudios realizados por autores como Katon, (1982), Ford, (1986) y Lipowski, (1988), podría determinarse de múltiples formas, ya que estaba influenciada por la percepción subjetiva del individuo de sus diferentes sensaciones corporales, por la capacidad de comunicar o no el estrés psicológico, por las diferentes actitudes culturales, por la estigmatización, y por refuerzos tales como pagos por incapacidad, o por búsqueda de ayuda médica.

Además, Kirmayer y Robbins, (1991) añadieron que todas las descripciones de los procesos de somatización podría contener tres componentes principales:

a) Primero, presentan síntomas físicos que no pueden ser explicados de forma médica por no encontrar causas aparentes.

b) Segundo, estos síntomas físicos suelen estar acompañados por síntomas de carácter psiquiátrico o de estrés psicológico.

c) Tercero, los pacientes somatizadores suelen ser usuarios frecuentes de los centros de salud y médicos en general.

El DSMIII-R y DSM IV han incluido las enfermedades que tradicionalmente se han considerado causadas por somatización dentro de los trastornos somatoformes, perteneciendo algunos a la categoría de “factores psicológicos que afectan a condiciones físicas”.

En el borrador del CIE-10 (World Health Organization, 1988), clasifica los síndromes de somatización dentro de los trastornos somatoformes, trastornos disociativos (conversión), neurastenia, y algunos dentro de la categoría de síndromes conductuales y trastornos médicos asociados a disfunciones fisiológicas (Kellner, 1991).

En el DSM-5 (2015) trastornos somatoformes y síntomas somáticos relacionados se definieron por síntomas positivos, y se ha reducido al mínimo el uso de los síntomas sin explicación médica, excepto en los casos de trastorno de conversión y pseudociesis específicamente. “Los factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas” (antes se encontraban en el DSM-IV, el capítulo “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”) se denomina como un nuevo trastorno mental. Los criterios para el trastorno de conversión (síntoma de trastorno neurológico funcional) se han cambiado.

Tipos y formas de Somatización.

Kirmayer y Robbins (1991 en Cigarán, 2004), tras un estudio psiquiátrico efectuado para definir criterios de investigación diagnóstica, examinaron un total de setecientos pacientes. En dicho trabajo proponen distinguir tres formas de somatización:

a) Somatización funcional: como aquella que posee un historial elevado de sintomatología somática [como definida por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)] que no puede ser explicada médicamente mediante la utilización del criterio de somatización reducido propuesto por (Escobar en 1981).

Además, estos mismos autores creían que los síntomas somáticos denominados “funcionales” que no podían ser explicados por una enfermedad subyacente de que los justificase, tenían diferentes significados del que tendrían los mismos síntomas en personas con una enfermedad orgánica detectable.

b) Somatización Hipocondríaca: aquella caracterizada por manifestar altos niveles de preocupación de padecer o sufrir una enfermedad grave en ausencia de cualquier evidencia objetiva.

c) Somatización actual o presente (presentig somatization): aquella presentación somática exclusivamente clínica que se daría en pacientes con evidencias de padecer un trastorno mayor de depresión o ansiedad.

Estas tres distinciones de somatización parecen llevar un proceso patológico diferente, entendiendo pues que un historial de somatización funcional, aunque sea asociado

con una tendencia a presentar una serie de síntomas inexplicables médicamente, no tendría que estar necesariamente asociado a una hipocondría o a un trastorno mayor de depresión o ansiedad. De la misma manera, las preocupaciones hipocondríacas estarían asociadas con estados del ánimo ansiosos o disfóricos, pero no exclusivamente con trastornos mayores de depresión y/o ansiedad. (Cigarán, 2004).

4.1.2.4 Trastornos somatomorfos indiferenciado:

Los criterios diagnósticos para el trastorno somatomorfo indiferenciado son bastante restrictivos y la mayoría de los pacientes somatizadores en la práctica médica no alcanzan el umbral exigido para ese diagnóstico específico.

Según las clasificaciones vigentes el diagnóstico de trastorno somatomorfo indiferenciado, Caballero (2002), ICD-10, (1992), DSM-IV (1994) puede aplicarse por la mera presencia de 1 o más síntomas físicos no explicados durante, al menos, 6 meses. Puede faltar en ellos, por ejemplo, la forma insistente y dramática de quejarse o la conducta individual o familiar característica, o pueden tener pocos síntomas o estar menos asociados a factores psicológicos (siempre que una base orgánica no los justifique).

Como esta concepción es muy laxa y sobre inclusiva, algunos investigadores han descrito dentro de este apartado categorías más específicas como la del "síndrome por somatización abreviado" , Escobar (1987) , 4 síntomas a lo largo de la vida en el caso de los hombres o 6 en las mujeres) y un "trastorno multisomatomorfo", Kroenke, Spitzer, Frank, et al, (1997), 3 o más síntomas importantes sin explicación médica y más de 2 años de curso, con características similares al trastorno por somatización (p. ej., discapacidad, deterioro psicológico, tasas elevadas de trastorno psiquiátrico y conductas desadaptativas similares).

Hay que advertir que en el apartado del DSM-IV correspondiente al trastorno somatomorfo indiferenciado se incluyen los trastornos que en la CIE-10 se situarían en la clase de disfunción vegetativa somatomorfa (esta categoría falta en el DSMIV-TR). La característica de la disfunción vegetativa somatomorfa es la presencia de síntomas somatomorfos centrados en un órgano controlado por el sistema nervioso vegetativo (como son los sistemas cardiovascular, gastrointestinales alto y bajo, respiratorio, genitourinario y otros). (Caballero, 2008).

Los síntomas son de dos tipos:

- a) Signos de hiperreactividad vegetativa (palpitaciones, sudoración, rubor, temblor, etc...).
- b) Síntomas inespecíficos (sensaciones fugaces de dolor o malestar, quemazón, pesadez, opresión, distensión, opresión, etc.) referidos por los pacientes a los órganos o sistemas específicos.

La etiología de estos trastornos no se conoce bien. Los factores invocados se han expuesto en el apartado correspondiente del trastorno por somatización. La prevalencia en la población general americana es del 4-11% (30 veces superior al trastorno por somatización) y la prevalencia a 6 meses del 1%. Se observa con más frecuencia en mujeres que frecuentan más los servicios que otros pacientes, pero la diferencia con la población general no es tan grande como en el trastorno por somatización.

La sintomatología es muy variada. El 50% de los pacientes tienen también otros trastornos psiquiátricos (frente al 7% de la población general) por alteraciones del estado de ánimo y

ansiedad. La asociación con los trastornos de la personalidad (Bass y Murphy, 1995) no es tan clara y consistente como en los trastornos por somatización. Puede presentarse en pacientes con otros trastornos médicos. El curso de estos trastornos no se conoce aún y resulta probable que sea variable: en unos casos parece crónico y recurrente, pero en otros parece cursar como episodios únicos. El deterioro sociolaboral, la discapacidad y el consumo de recursos sanitarios también son elevados, pero no tanto como en el trastorno por somatización.

Para el tratamiento pueden adaptarse las técnicas descritas en el apartado *“trastorno por somatización”* Caballero (2008). Muchas disfunciones vegetativas somatomorfo son susceptibles de alivio sintomático mediante reaseguración médica y fármacos que actúan sobre el sistema nervioso vegetativo.

4.1.2.5 Dolor somatoforme:

Los términos dolor somatomorfo, trastorno por dolor, psicalgia, dolor psicógeno y trastorno por dolor persistente somatomorfo son sinónimos en la práctica, (Simon, 1991). La CIE-10 define el apartado dolor persistente somatomorfo de una forma vaga y deficiente como aquel en el que *“la queja predominante es un dolor intenso y penoso que no puede explicarse totalmente por un proceso fisiológico o somático [y que] suele presentarse en circunstancias que sugieren que está relacionado con conflictos o problemas [...] o [...] da lugar a un aumento significativo de apoyo y atención por los allegados o el médico [...] pero no siempre es así”* (Caballero, 2008:9)

En el DSM-IV, el apartado se llama trastorno por dolor y en él se subraya la importancia de los factores psicológicos en el inicio, la gravedad, la exacerbación o el mantenimiento del dolor (al margen de su asociación, o no, con los trastornos orgánicos o psicológicos, su extensión, características o posible explicación somática). La etiología, Caballero (2002), Barsky, Wyshak (1990), del trastorno por dolor somatomorfo es biopsicosocial.

La alteración de las aferencias nerviosas o de los diversos procesos neuronales (sobre todo límbicos) que dan soporte a la experiencia del dolor en el SNC está en la base biológica de este trastorno. Entre los aspectos psicosociales que se han involucrado se encuentran los que siguen:

- La experiencia dolorosa previa, las costumbres familiares y culturales acerca de la expresión del dolor y de otras emociones.
- La reacción de los cuidadores al dolor en los primeros años de la vida.
- Rasgos anómalos de personalidad (masoquismo, dependencia, narcisismo).
- Refuerzo del dolor a través de las relaciones interpersonales.
- Manipulación del medio (sobre todo en contextos disfuncionales de familia o pareja).
- Otros beneficios secundarios.
- Historia previa de ajuste pobre por abuso de alcohol o drogas u otros trastornos psiquiátricos.

En la actualidad se vive a una etapa de intensa investigación básica y clínica de la tríada depresión-ansiedad-dolor que parte de los hechos que siguen (Caballero, 2006):

- El dolor, la depresión y la ansiedad coexisten con mucha frecuencia en las poblaciones clínicas, se agravan mutuamente, responden en parte a tratamientos similares, y comparten

neurotransmisores, vías y áreas de representación neuronal.

- Aunque la interacción entre dolor-ansiedad-depresión es un hecho conocido por los clínicos, la naturaleza de esta interacción no se conoce suficientemente y requiere una investigación específica.

- La depresión o la ansiedad con síntomas físicos no explicados por otra causa médica resulta con frecuencia infra diagnosticada e infra tratada en atención primaria.

Recientemente, hay un creciente interés en la neuroanatomía del sistema descendente de modulación del dolor, en el tratamiento del dolor mediante psicofármacos y en la modificación de los mecanismos psicológicos de expectación, atención, distracción y los afectos positivos o negativos que acompañan a la experiencia mismas vías neuronales descendentes en el SNC (Caballero, 2006).

La sustancia gris periacueductal que relaciona las estructuras del cerebro anterior y el cerebro medio con el tallo encefálico parece una estructura clave en el sistema de modulación del dolor. La amígdala, el hipotálamo y el neocórtex frontal envían fibras a la sustancia gris periacueductal que conectan con el sistema de relación en la protuberancia y en la médula espinal.

Este sistema de relación incluye neuronas serotoninérgicas en la médula rostroventromedial y neuronas noradrenérgicas en la protuberancia dorsolateral. La médula rostroventromedial tiene dos tipos de células importantes en la percepción del dolor: las células on facilitan la transmisión del dolor y las células off la inhiben. Un sistema bidireccional on/off determina la vigilancia de las amenazas exteriores y de las sensaciones que proceden del propio cuerpo. Las estructuras límbicas, la sustancia gris periacueductal y las células on/off dan soporte a los afectos y a la atención a los estímulos periféricos. En situaciones de hipofunción serotoninérgica y noradrenérgica, tal y como sucede en la depresión, el sistema puede perder su efecto modulador, las señales menores pueden amplificarse y la atención y las emociones negativas pueden reverberar sobre ellas. La administración intratecal de serotonina y noradrenalina bloquea las señales periféricas de dolor y el incremento de serotonina y noradrenalina en áreas cerebrales concretas, mediante antidepresivos, tiene un efecto modulador de señales dolorosas, Caballero (2008). La depresión asociada a las expectativas negativas puede amplificar las señales dolorosas mediante la activación de estructuras cerebrales como la circunvolución anterior. Finalmente, la superioridad de la combinación antidepresivos con terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico y depresión apoya la relevancia clínica y terapéutica de las coincidencias neurobiológicas entre depresión, ansiedad y dolor.

No existen datos definitivos de prevalencia, Caballero (2006), Swartz, Landerman, George et al, (1990); Bouckoms, Hackett (1997) del dolor somatomorfo (en parte por variación de los criterios utilizados en los estudios) pero parece que es muy frecuente. Se presenta 2 veces más en mujeres y es más frecuente en la cuarta década de la vida y en trabajadores manuales. Hay una cierta agregación familiar, así como asociación con trastornos afectivos o por consumo de sustancias (incluidas las de prescripción médica).

Cigarán (2004) estableció una nueva relación en la triada nombrada por Caballero: ansiedad, depresión, añadiendo el dolor en relación con la fibromialgia. La autora lo fundamenta señalando que la ansiedad y la depresión parecen producir un agravamiento en el problema del dolor producido principalmente por la actitud pasiva, la reducción de la actividad general, la adopción del rol de enfermo, de incapacitado, etc. También señalaba, al igual que con el estrés que la actitud del enfermo hacia el dolor sería crucial, siendo muy perjudicial la

percepción de incapacidad, malestar y pesimismo en relación con la solución del problema, llegando a poder originar la mayor parte de las alteraciones, como podría ser el insomnio, la falta de deseo sexual, o un padecimiento del dolor más penoso (Fernández-Abascal, 1999), porque el rol de enfermo y la inmovilidad que parecen acompañar a la persona, será perjudicial, dando como resultado una menor actividad física, social y laboral.

Diversos estudios señalaron como incorrecta la relación entre la suposición de que el aumento de actividad produzca un aumento del dolor. Linton, (1985); Estlander y cols., (1993) decían que se trata de una expectativa errónea que generaba en el paciente pasividad, disminución de su percepción de autocontrol y autoeficacia, la asunción de rol de enfermo y la práctica desaparición de la actividad en su repertorio habitual de comportamiento (Fernández-Abascal et al., 1999: 284). French y colaboradores (1992) afirmaron en que estas expectativas asociadas con la baja actividad física se veían muy relacionadas con el sentimiento y percepción de una baja autoeficacia. Esto hizo que el sujeto centrara su atención casi de forma exclusiva en el dolor, potenciando todas esas características como pasividad, incapacidad, rol de enfermo y bajo estado de ánimo. Atendiendo además a la teoría de Estlander, (1996) quien añadió que estos cambios cognitivos serían fundamentales en la creación de la depresión generada por el dolor. Se podría mencionar también a De Gagné y colaboradores, (1995) quienes realizaron un análisis factorial confirmatorio utilizando tres cuestionarios frecuentemente aplicados a la evaluación del dolor crónico:

Cuestionario de dolor de McGill (Melzack, (1975), el cuestionario multidimensional de West Haven-Yale, Kerns y col., 1985) y el inventario de depresión de Beck (Beck y cols., 1988).

En este estudio, se identificaron cuatro factores diferentes que describían cuatro áreas: estrés emocional, apoyo social, dolor percibido y capacidad funcional. El estudio evidenció la coexistencia entre los aspectos emocionales y el dolor.

Dichos investigadores defendieron que la depresión no explicaba la gran intensidad de dolor percibida, a pesar de que los pacientes con depresión presentaban una sensibilidad alta hacia el dolor y tendían a desarrollar síntomas somáticos. De esta manera, los rasgos de personalidad y las emociones podían desempeñar un rol importante en el dolor crónico, si bien no al nivel de procesamiento nociceptivo. Así, el factor neurótico (neuroticismo), que estaba asociado a la hipocondría, la irritabilidad y a los trastornos emocionales, no tenían influencia en la discriminación del nivel de dolor, pero sí ejercían un poder de influencia en retrasar el estado reflejo del dolor como defienden (Harkins et al. 1989 y Price y Harkins, 1994). Winfield (1999) señaló otros aspectos que influyeron en las características de la personalidad, como los procesos cognitivos mediante los que las personas añadían significados e implicaciones a su dolor. Es decir, el "dolor añadido" que podemos incluir en la experiencia del dolor estaría altamente relacionado con los procesos perceptivos.

Diversos estudios acerca (Castro, 1990 en Cigarán, 2004) del dolor crónico coincidieron en que éstos parecen haber guardado relación con ciertos estilos de vida, apareciendo en mayor medida en las mujeres y en la población trabajadora. A su vez, las consecuencias económicas y sociales que su padecimiento generaba en la sociedad son enormes: desde el fuerte absentismo laboral, hasta la estimación que realizó sobre la cantidad de envases de analgésicos no narcóticos y antimigrañosos vendidos en España durante el año 1989, cifrado en más de noventa millones de envases.

Junto con estos problemas económicos, se encontraba el problema del impacto en el resto de las personas de la familia de quién padece el dolor crónico. En Dura y Beck (1988 en Cigarán, 2004) concluyeron que en las familias en las que la madre padecía dolor crónico, las propias pacientes, sus esposos y sus hijos también mostraban en mayor medida elevados niveles de depresión que los de las familias que no tenían problemas de dolor. Winfield

(1999) afirmó que ciertas variables como el matrimonio, el apoyo familiar o la cultura del sujeto, podían mitigar o aumentar las dimensiones del dolor y del dolor crónico en la fibromialgia. Este mismo autor afirmaba que había evidencias de que el dolor y el binomio distress psicológico (psychological distress), fueron fundamentales en la experiencia del primero y en la comorbilidad en general de la fibromialgia. El distress psicológico no parecía estar causado por un mayor dolor, sino que tanto este síntoma como el distress psicológico aparecieron dentro de un continuo en la población en general, y las personas que sufrían fibromialgia parecen estar en el extremo de este continuo.

Por último mencionar la tesis doctoral realizada por Salisbury (1999) en la que demostraba que el fracaso de generar experiencias con sentido afectivo para la persona estaba directamente relacionado con el proceso del dolor crónico somatizado en forma de dolores de espalda. Los mecanismos psicológicos que facilitan este proceso serían en opinión de la investigadora los siguientes:

- Problemas de simbolización de tipo afectivo, dando lugar a somatización.
- La capacidad para elaborar fantasías.

Esta investigación se presenta como relevante tanto en cuanto lo que se está tratando de analizar en esta investigación, como ciertas emociones, material intrapsíquico en conflicto no ha podido ser pensando, ni simbolizado para adentrarnos de tal modo, en el campo de la corporeidad, y desde ahí trazar las posibles líneas entre el dolor, la somatización y la función que podría cumplir en el síndrome de la fibromialgia.

4.1.2.6 Síndrome Somáticos Funcionales:

En biomedicina, la línea que separa las enfermedades “físicas” de las “mentales” (y en el peor caso, las “reales” de las “imaginarias”) dependía a veces de la presencia o no de una prueba biológica alterada. La atribución de si el paciente presentaba algo serio o no, y de si requeriría o no atención médica derivaría con frecuencia de una percepción relativamente arbitraria del médico (Caballero, 2002; Caballero, 1995; Kirmayer; Robbins, 1991; Barsky, Borus, 1999).

La fibromialgia, el síndrome de intestino irritable y el síndrome de fatiga crónica, (White, 1990; Caballero, 2008) se consideran hoy entidades clínicas reconocibles e independientes. Los síntomas somáticos funcionales característicos de dichos trastornos podían coexistir en un paciente dado, el cual, a su vez, podía cumplir criterios diagnósticos de algún trastorno somatomorfo, incluido el del trastorno por somatización, (Barsky y Borus, 1999). Comparados con pacientes que tienen síntomas somáticos funcionales en la población general pero no van al médico por ellos, los pacientes que sufren de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y síndrome de intestino irritable suelen tener más problemas psiquiátricos y de personalidad, y sufrir un mayor estrés. El médico de atención primaria ante un síndrome somático funcional debe:

- a) Descartar otra enfermedad orgánica.
- b) Tratar los trastornos afectivos, el abuso de sustancias y otros posibles trastornos psiquiátricos concurrentes.

No hay tratamientos etiológicos para ninguna de estas entidades, por lo cual el abordaje es sólo sintomático.

Algunos síntomas mediados por el SNC (como la diarrea, el dolor abdominal y la fatiga) pueden tratarse eficazmente con fármacos específicos. Los principios terapéuticos generales

de los trastornos somatomorfos son, en general, aplicables a los síndromes somáticos funcionales: conocer al paciente, escuchar sus quejas con consideración, controlar las consecuencias de la atención prestada y registrar los cambios habidos en los síntomas.

Algunos autores apoyan la noción, de que los rasgos de somatización definidos como la expresión del malestar personal y social mediante síntomas físicos contribuyen al desarrollo de un dolor crónico generalizado. Además, la somatización en sí misma puede distinguirse de los efectos de la ansiedad y de la depresión, es decir, los pacientes que amplifican sus síntomas están significativamente más estresados, tienen más dificultades de afrontamiento y tienen más discapacidad funcional que los minimizadores de los síntomas. Aquellos pacientes con mayor número de puntos hipersensibles refieren varias experiencias adversas en la infancia, particularmente abuso sexual.

Tabla: Clasificación multidimensional de pacientes con síntomas funcionales, tomada de Mayou, (1995).

4.2 Criterios nosológicos:

1. Síntomas somáticos Número (órgano o sistema afectado único o múltiple) Tipo (sensorial o motor)
2. Estado mental Trastornos depresivos, por ansiedad o por crisis de angustia Otros trastornos psiquiátricos
3. Cogniciones Miedo a la enfermedad Creencias y convicciones
4. Conducta y deterioro funcional Evitación socio-laboral Afrontamiento del papel de enfermo Uso de los servicios de salud
5. Trastorno psicofisiológico acompañante Mecanismos identificables (p. ej., hiperventilación) Enfermedad orgánica

En la actualidad, cada vez hay más investigaciones que valoran la hipótesis que la fibromialgia, forma parte de un espectro amplio de síndromes y situaciones clínicas que cursan con procesos de sensibilización e hipersensibilidad central, los llamados "Central Sensitivity Syndromes" (CSS) (Yunus, 2008).

CSS, supone la creación de un nuevo paradigma y define el grupo de la nosología de la fibromialgia y las condiciones superpuestas, así como las cuestiones relacionadas concernientes de las dolencias del síndrome.

CSS parece ser la nosología basada en un modelo biopsicosocial. Términos tales como "médicamente síntomas inexplicables", "somatización", "trastorno de somatización," y "síndromes somáticos funcionales" en el contexto de la CSS no son apropiados utilizarlos.

En el año 2010, se elabora el Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia (García; de Miquel; Flores; Gómez; Blanco; Gobbo et al).

Los criterios de la ACR han tenido la importante función de dotar a la fibromialgia de una identidad nosológica propia, y han permitido el desarrollo de una investigación fiable y creciente, reconociendo la fibromialgia como una entidad legítima y concreta dentro del ámbito de la medicina. Sin embargo, dichos criterios fueron elaborados con el fin de desarrollar una investigación que permitiera el uso de una metodología ortodoxa y estandarizada, pero presentan limitaciones importantes en su utilidad clínica. Así, por ejemplo, la ACR, basándose en la recopilación de una extensa experiencia clínica, diagnóstica y terapéutica de más de 20.000 pacientes con fibromialgia, mediante un consenso colectivo de sus paneles de expertos, afirmó que, para propósitos clínicos, es importante incluir en el diagnóstico del paciente, además del dolor musculo esquelético, otras variables como la disfunción psicológica, que también son partes intrínsecas de esta enfermedad, (Yunus, 1989). A partir de aquí se han venido proponiendo una serie de procesos, adaptaciones de la definición y divisiones o agrupamientos clínicos estratégicos que se describen a continuación.

Clasificación de Giesecke et al. (2004) Está basada en variables obtenidas de 3 dominios diferentes:

Esta clasificación se adapta bien a la realidad clínica, al incluir no sólo aspectos psicológicos como otras clasificaciones, sino también biológicos y cognitivos. Además se ha desarrollado

- a) **Ánimo:** mide la depresión mediante la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale y la ansiedad rasgo evaluada a través de State-Trait Personality Inventory.
- b) **Aspectos cognitivos:** mide el catastrofismo y el control del dolor mediante las subescalas del mismo nombre del Coping Strategies Questionnaire.
- c) **Variables biológicas:** incluye hiperalgesia/sensibilidad al dolor, valorada mediante el dolorímetro y la presión dolorosa aplicada de forma aleatoria a niveles supraumbral. Con estas variables se obtienen 3 grupos (tabla 1).

utilizando modelos estadísticos adecuados como el análisis de clusters.

Clasificación de subgrupos de fibromialgia de Giesecke (2004):

Grupo 1:

Valores moderados de depresión y ansiedad. Valores moderados de catastrofismo y control del dolor. Baja hiperalgesia/sensibilidad al dolor.

Grupo 2:

Valores elevados en depresión y ansiedad.
Valores más elevados de catastrofismo y más bajos de control percibido sobre el dolor.
Valores más altos de hiperalgesia.

Grupo 3

Niveles normales de depresión y ansiedad.
Muy bajos niveles de catastrofismo y el más elevado control percibido sobre el dolor.
Elevada hiperalgesia y sensibilidad al dolor.

Clasificación de Müller et al, (2007):

Se basa en signos clínicos y síntomas asociados. Divide a los pacientes con fibromialgia en 4 subtipos:

- A) Fibromialgia con extrema sensibilidad al dolor sin asociarse a trastornos psiquiátricos.
- B) Fibromialgia y depresión relacionada con el dolor comórbido.
- C) Depresión con síndrome de fibromialgia concomitante.
- D) Fibromialgia debida a somatización.

Se trata de una clasificación descriptiva, propuesta en función de la experiencia clínica del autor, pero no obtenida mediante análisis estadísticos. Por otra parte, el último grupo es discutible porque la somatización es un concepto cuestionado actualmente en psiquiatría y posiblemente desaparecerá en futuras clasificaciones. Ambas cosas constituyen una importante limitación para la elección de esta clasificación.

Clasificación de Thieme, Turk, Flor, (2004) Utilizando el cuestionario West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (MPI) identifica 3 subgrupos:

- A) Disfuncionales. Son pacientes que perciben como elevada su sensibilidad ante el dolor, describen que el dolor interfiere mucho en sus vidas y reportan un elevado malestar psicológico y escasa actividad debido al dolor.
- B) Pacientes estresados en el aspecto interpersonal. Consideran que las personas significativas en sus vidas (pareja, padres, hijos, cuidadores en general) no les apoyan demasiado en sus problemas con el dolor. Además presentan trastornos psiquiátricos asociados, y pacientes que realizan un afrontamiento adaptativo.
- C) Individuos que sienten que reciben un buen apoyo social, y que describen relativamente bajos niveles de dolor y alta actividad. (Arroll, Macgillivray, Ogston S, Reid, Sullivan, Williams, Crombie, 2005).

Aunque esta clasificación se ha empleado, además de en fibromialgia, en otras enfermedades que cursan con dolor (Hasset, Simonelli, Radvanski, Buyske, Savage, Sigal, 2008), su principal limitación es que basa la identificación de los grupos en aspectos exclusivamente psicológicos sin incluir variables biológicas.

Clasificación de (Hasset, Simonelli, Radvanski, Buyske, Savage, Sigal, (2008):

Está basada en el estilo del balance afectivo (affect balance style) utilizando el cuestionario Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Estos autores consideran, basándose en valores normativos de la población, que un afecto positivo (AP) en el PANAS implica una puntuación superior a 35 y un afecto negativo (AN) elevado consiste en obtener una puntuación superior a 18,1. De esta forma se obtienen 4 grupos:

- A) Sanos: elevado AP/bajo AN.
- B) Bajos: bajo AP/bajo AN.
- C) Reactivos: elevado AP/elevado AN.
- D) Depresivos: bajo AP/elevado AN.

El hecho que la clasificación se limite al uso de un único cuestionario psicológico supone una importante limitación para su uso.

Tras analizar las propuestas de clasificación existentes, se decidió que a efectos prácticos, para la elaboración de este consenso, se tendría en cuenta la clasificación de Giesecke.

En relación a la evaluación de la fibromialgia se hallan estudios orientativos, que analizan la multidimensionalidad del síndrome y que pueden ser útiles para llevar a cabo una evaluación inicial de la fibromialgia. Para ello se recomienda una evaluación que tenga en cuenta: dolor (Escala Visual Analógica, EVA), cascada del dolor (Hiperalgnesia, hiperpatía, alodinia, fenómenos espontáneos, etc.), medidas de calidad de vida (FIQ, SF-36), medidas de capacidad funcional (FHAQ), valoración psicológica (GHQ-28, SCL-90R, MMPI), depresión y ansiedad (HAD) y función física (Prueba de Esfuerzo en Treadmill - Carga Incremental- , Test de Marcha de Seis Minutos - 6MWT - Carga Constante-).

Las pruebas biomecánicas no han demostrado eficacia en la evaluación de la fibromialgia, pero pueden ser de interés si se sospechan enfermedades asociadas.

En cuanto a nivel de "grados" de fibromialgia, muchos enfermos creen que el hecho de tener más o menos puntos sensibles positivos es un marcador de la gravedad de su enfermedad. Esto no es así. La gravedad de la fibromialgia se mide en función de varios parámetros, siendo el más importante la afectación de las actividades de la vida diaria, que se mide mediante el cuestionario FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire). Además se consideran otros parámetros como la presencia asociada de otras enfermedades, el tratamiento que el enfermo debe tomar, el seguimiento de las propuestas de tratamiento, intentar mantenerse en un grupo de ejercicio, seguir soporte psicológico y otras.

En general, la fibromialgia se clasifica en 4 grados funcionales según una escala del Colegio Americano de Reumatología.

Y por último, en cuanto a la evolución y pronóstico:

En general los pacientes que sufren el síndrome mantienen su enfermedad de forma crónica, pero es importante saber que el pronóstico es bueno si existe un diagnóstico precoz, información correcta y un enfoque terapéutico acertado. Actualmente no existe un tratamiento curativo para SFM, hasta el punto de que más de un 50% quedan libres de síntomas si siguen un tratamiento integrado de media duración.

Se sabe que evolucionan peor los pacientes que utilizan más fármacos, los que no hacen ejercicio aeróbico regular, los catastrofistas, los pacientes desmotivados por su trabajo o que hacen trabajo doméstico y los que presentan trastornos psiquiátricos concomitantes. Es una enfermedad que puede afectar mucho la calidad de vida, tanto que puede ser peor que la de las personas con artrosis, artritis reumatoide o enfermedades pulmonares crónicas, entre otras.

La asociación de SFM a trastornos psiquiátricos, parece empeorar el pronóstico de forma importante. Puede ser leve, moderada o severa, en función de la afectación que la enfermedad produce en la vida del enfermo (valorada a través del Cuestionario de Impacto de Fibromialgia -FIQ-). De acuerdo al caso, una persona con Fibromialgia leve responderá a los tratamientos sintomáticos y seguirá trabajando y desempeñándose bien en casi todas las esferas de su vida. Alguien con SFM moderada probablemente tendrá problemas en uno o dos aspectos de la vida cotidiana como por ejemplo en el ámbito laboral por ausentismo reiterado, o en los vínculos interpersonales, cuando surgen dificultades secundarias por la falta de comunicación

y/o comprensión de los efectos que causa la sintomatología en general y el dolor en particular. Mucha más complicada es la situación de la persona con SFM grave (entre un 10 y un 17% de todos los casos) cuando a causa de la enfermedad estas personas dejan de ser socialmente activas y laboralmente productivas, quedando severamente descompensadas.

Para concluir con este capítulo, se va a mencionar brevemente la función del arteterapia que se pretende cumplir dentro del campo de la psicósomática a través del cuerpo práctico de la investigación, y en capítulos posteriores se desarrollará con mayor profundidad. A través del método del arteterapia, desde su capacidad para hacer consciente material inconsciente, se aspira a que el material reprimido somático se desplace del cuerpo de la fibromialgia al objeto creado, actuando dicho objeto resultante, -con una función de metonimia-, como lugar donde depositar lo no elaborado y trabajar dicho material (entendiéndolo como metáfora de las imágenes internas de la psique), desde el afuera. En arteterapia se fundamenta que el trabajo que se realiza en la obra (en donde se condensarían las emociones proyectadas y transferidas del inconsciente sobre la misma) tiene unos efectos de simbolización y cambio interno en el cuerpo del sujeto. Se va a trabajar con la obra desde la función de espejo que reflejaría el material somático sin elaborar, y el hecho de haberlo transferido desde el significado de transferencia que le asigna Sara Pain (no como acto simbólico sino transferencia literal de las emociones), de haberlo colocado en el afuera, le posibilitaría al sujeto poder ver momentáneamente aspectos de su mundo interno y adquirir por tanto, una mayor comprensión y toma de conciencia de dicho material, para poder incorporarlo como nueva inscripciones, agregados o incorporaciones pero con la diferencia de poder en ese nuevo agregado, ponerle palabra, y abrir nuevas posibilidades para llevar a cabo procesos de integración de dicho material.

La finalidad es que el arteterapia actúe a través del proceso creativo y las obras resultantes como una vía alternativa a la somatización, abriendo un campo para la simbolización y la elaboración tanto verbal como no verbal del material somático, para sustituir al cuerpo sufriente por un cuerpo abierto a la posibilidad, la pulsión de vida, al encuentro con el deseo propio.



This World as a Stage

HUELLA CORPORAL COMO SÍNTOMA DE LA SUBJETIVIDAD FEMENINA

Fibromialgia desde una revisión de conceptos
claves del psicoanálisis, psicósomátismo
y género

A lo largo de este capítulo se va a presentar una revisión generalizada de conceptos claves de las perspectivas principales desde donde se recoge, analiza y filtra todo el proceso del cuerpo práctico de la investigación.

5.1 Psicoanálisis y Fibromialgia:

A la hora de intentar abordar esta compleja cuestión que es analizar las aportaciones para una clínica diferencial de la mujer, y concretamente comprender la dimensión del dolor en la subjetividad femenina de las mujeres que participan en esta investigación, mediante unas pautas o patrones comunes en la personalidad, no es factible penetrar en ella sin conocer en detalle las circunstancias individuales de las mismas y en particular, las influencias moldeadoras del afecto que el niño/a recibe en la temprana infancia. Los vínculos en la infancia constituirían factores de origen de la enfermedad, pero para poder comprender la peculiar estructura psíquica habría que tener en cuenta también, las influencias que la cultura particular ejerce sobre el individuo. Tales factores, unos en mayor o menor medida que otros, ejercerían su influencia en el sujeto, caracterizado por una construcción dinámica de la subjetividad.

Desde el nacimiento, el ser humano entraría a formar parte de una estructura a la cual ha de insertarse, configurándose según los cuidados y en estos primeros vínculos una topología de la subjetividad, que se irá dinamizando a lo largo de toda la vida. Desde estas primeras marcas o huellas asentadas, aparentemente sin conciencia, es desde donde el sujeto irá ocupando su propio cuerpo, creándose huellas que sembrarán las bases de la subjetividad, en un singular y característico mapa donde se moldearán unas “vulnerabilidades psíquicas”, que condicionarán la construcción del aparato psíquico. Tanto Freud, como los discípulos que han trabajado con niños: Ana Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, Françoise Dolto, Maud Manonni, (por nombrar solo a algunos destacados), mostraron que a través de sus obras e investigaciones, la importancia de los primeros años de vida como cimientos afectivos, imaginarios y simbólicos en el devenir del bienestar o el sufrimiento psíquico del niño/a y las repercusiones en la vida adulta, así como, constataron que si se producían “fallas importantes” en estos primeros años de vida, se podría producir patologías psicósomáticas o psicóticas graves. No solo en el campo del psicoanálisis se ha podido recoger esta información, sino también en el ámbito de la neurología (Bleichmar, 2001) o genética, en donde se ha venido a confirmar que la herencia es la base orgánica esencial (el terreno predispuesto de Freud), pero sobre este campo se asienta la influencia desencadenante: las cualidades ínter- subjetivas de este ser.

Desde el psicoanálisis se fundamenta que el ser humano, la construcción de su Yo, de sus fantasías, de sus deseos y de la búsqueda de satisfacción están generados a partir del Otro. Este Otro que podía ser la madre o el vínculo fundante, (atendiendo al concepto de estructuralismo desarrollado por Lacan, en el cual, cualquier persona podría desempeñar dicho vínculo sin tener que ser la madre biológica) como sustentadora y transmisora de lo cultural en los primeros años de vida, actuando no solo como sostén de su hijo/a sino como lugar desde donde se forja la subjetividad. Es decir, tal y como decía Fredi (1914:3) no hay un Yo autónomo o auto engendrado, afirmando: *“...haremos ya observar que la hipótesis de que en el individuo no existe desde el principio, una unidad comparable al yo. El yo tiene que ser desarrollado”*. Kazameh (2015: 2) añadirá *“... Narcisismo primario, para Margaret Mahler: autismo primario y simbiosis normal del desarrollo, para Lacan: “momento de alienación y separación. Aunque no son en absoluto homologables, intentan dar cuenta de la importancia del Otro como el lugar desde donde es inevitable pasar, para en un tiempo futuro, asimilar y seleccionar lo que se nos ha dado”*.

Kazameh (2015:2) en una aproximación al psicoanálisis, decía que esta “apropiación

singular" a veces fracasa, y que el niño podría seguir siendo un "pedazo" de la madre, el autor lo definía con *"efectos imaginables de una criatura que nunca puede tener voz propia. Parece un muñeco de un ventrílocuo, y su única manera de individualizarse podrían ser sus síntomas psicopatológicos"*.

Atendiendo a la importancia que se le da al periodo de la infancia, se va a nombrar el concepto de *"poetización"* desarrollado por Levin (2015: 2) quien abrió la pregunta *¿qué significaría poetizar el cuerpo de un bebé?*. Según el autor y siguiendo la traza de continuación con los autores anteriores, desde el nacimiento el cuerpo puede ser habitado por palabras, colores, sonidos, voces, toques, ritmos, texturas, símbolos; *"todos ellos no son ni el órgano, ni lo carnal del cuerpo, sino que lo remiten al niño/a su filiación originaria"*. El bebé se habitaría en aquella canción de cuna que, al acunarlo lo mira acariciándolo diferente, diferencia que lo singulariza. *"La fortaleza del Otro no está en la fuerza del toque, ni en la contextura muscular y tónica del tocar, sino exactamente en lo opuesto. La fortaleza está en su "debilidad" en tanto deseo-como deseo insatisfecho-que remite necesariamente a su propia falta y abre las puertas a la curiosidad y a la creatividad"*. La caricia en ese sutil diálogo tónico entre el vínculo fundante y su bebé, se sostendría en lo que el autor ha denominado *"lo intocable del toque"*, lo que torna a ese instante como un acto singular e irrepetible. Para el autor la acción de poetizar se concretaría en una sutileza, (caricia, mirada, sonido...) que transmitiría las identificaciones simbólicas. Este toque mencionado, podría comunicar al bebe *"una relación sostenida en el amor, en el cariño o podría comunicar al bebe una ausencia o una tristeza o una pérdida, etc... según la pluralidad de realidades existentes en cada caso"*. (Levin, 2105:6).

A raíz de este concepto que expone Levin nos podría permitir abrir una reflexión en torno a la capacidad de *"reviere"* desarrollado por Bion (1946) para denominar la disposición del vínculo fundante, para percatarse de aquello que el bebé transmitiese, lo que el bebé proyectase en la madre, sus deseos y emociones, entendiendo que la proyección precede al establecimiento del lenguaje. Klein (1923) denominó *"mecanismo de identificación proyectiva"*, a la posibilidad de hacer sentir a otro los propios procesos psíquicos, a través del cual partes de uno mismo son depositadas en el otro; o lo que Winnicott (1971) llamaría *"la madre suficientemente buena"* establecida mediante la comprensión del mensaje que le transmitiría el lactante, y su retorno de forma que el bebé pudiese retomar y asumirlo sin sentirse desorganizado por tales sentimientos. Levin (2015:2) dijo *"lo acariciado, propiamente hablado, no se toca. No es la suavidad o el calor de la mano que se da en el contacto lo que busca la caricia. Esta búsqueda de la caricia constituye su esencia, debido a que la caricia no sabe lo que busca. Este "no saber", este desorden fundamental le es esencial. La caricia es la espera de ese puro porvenir sin contenido. La caricia del diálogo tónico crea la promesa e irrealidad y el recién venido es habitado por ella. En esa intimidad nunca se acaricia un fragmento, ni un conjunto de secciones de partes corporales, es un toque desinteresado de sí, asimétrico. Para el Otro el niño/a es una unidad singular que se produce en ese toque evanescente de presencias y ausencias. Ese contacto sensible e intangible habita al niño, poetizándolo, sexualizándolo"*. Así se podría entender "poetizar un cuerpo" como una palabra que representaría muchos significados y significantes en el hacer del vínculo fundante, en el cómo dicho vínculo, en su ser con el bebé posibilitaría que éste pudiese hacer suyo un lugar de pertenencia. Rodolfo (2015:18) creó una magistral metáfora cuando hacía alusión a *"los aposentamientos de la subjetividad"*, para referir que el cuerpo del Otro se convertiría en ese cuerpo abierto a la posibilidad a que el infante pudiese habitar y construir su propio cuerpo a través del deseo del Otro. El autor comparó la función de la creatividad, de la hoja en blanco, como ese cuerpo simbólico, ese Otro que podría encontrar en el arte, en la función de la creatividad, como herramienta para la construcción de la corporeidad simbólica interna.

La argumentación del Levine de la poetización, se apoyaría en el concepto de estadio del

espejo de Lacan, donde los cuidadores cumplirían una función de espejo para el bebé, y éste se identificaría en la mirada de ellos, en sus devoluciones, en cómo ellos al repetir sus sonidos, balbuceos, movimientos, tal y como, también se podría encontrar en la función de la imagen u objeto resultante en las terapias expresivas, las cuales, actúan como espejo que posibilitaría a los sujetos ver momentáneamente su mundo interno y crear nuevas inscripciones desde el ahora de sus vidas, facilitando inherentemente la posibilidad de la toma de conciencia y la elaboración verbal de material inconsciente. Desde el enfoque psicodinámico se consideraría que el/la terapeuta podría cumplir -a través de un vínculo empático y dentro de un espacio de contención, sostenedor y acompañamiento-, la función de holding ya nombrada, facilitando a través del vínculo transferencial la reactualización de los primeras relaciones vinculares.

Para Kazameh, (2015:3): *“la fase del espejo es la constatación experimental de cómo el niño se refleja en su plenitud y “niega” su incompletud. Este reflejo no es solo literalmente en el espejo, sino en el rostro humano que le devuelve esta imagen de modelo ya armado. Como si las piezas de su cuerpo “imaginariamente” estuvieran soldadas protegiéndolo de la angustia de fragmentación”*. Será Winnicott, (1971) quien a través de sus investigaciones pudo fundamentar la relación entre fobias graves, estados de extrema dependencia, pensamientos operativos excesivos, patología psicósomática de los primeros años de vida, como consecuentes que expresarían las dificultades del niño/a para haber podido acceder a un mundo representacional que le hubiese permitido estar en soledad física con un estado de seguridad internalizado.

Coderch (1987): *“Teoría y Técnica de la psicoterapia psicoanalítica”*, nombró particularmente la existencia de dos mundos. Un mundo interno y uno mundo externo. Frente a ello, Winnicott (1945) en *“El desarrollo emocional primitivo”*, se refería al papel de la ilusión y en *“Realidad y Juego”* (1951), denominó una tercera zona diferenciable al mundo interno y externo, con la descripción que desarrolló del objeto transicional y la necesidad de ubicarlos en una *“zona específica”*, diferenciable de los dos mundos establecidos por Freud. Winnicott (1967:4) en una conferencia pronunciada en Londres en homenaje a Strachey, se refirió al tema de la experiencia cultural como una continuación de la simbolización iniciada a partir del objeto transicional, dijo: *“en su topografía de la mente, Freud no reservó un lugar para la experiencia de las cosas culturales. Asignó un nuevo valor a la realidad psíquica interna y de ello nació un nuevo valor para las cosas real y verdaderamente externas. Usó la palabra “sublimación” para indicar el camino en el que la experiencia cultural adquiere un sentido, pero quizá no llegó tan lejos como para decirnos en qué parte de la mente se encuentra esta experiencia”*.

A raíz de estas formulaciones de Freud, cristalizaba en Winnicott el concepto de *“fenómenos transicionales”* y se hacía patente también la influencia de Freud y Melanie Klein tanto en cuanto ubica los términos de objeto y fenómeno transicional en la realidad psíquica personal, sentida como interior y siguiendo los efectos del funcionamiento de los mecanismo de *“proyección”* e *“introyección”*. Pero Winnicott, no se conformaba con las denominaciones de realidad psíquica interior (Freud) o introyección/proyección, adentro/afuera (Klein), sino que creó su propia ruta cuando citó: *“el juego no es una cuestión de realidad psíquica interna ni de realidad exterior”*. Ubica el objeto transicional en esa *“tercera zona”* que llama zona de ilusión. El autor dijo: *“el objeto es un símbolo de ilusión de unión del bebé y la madre. Este símbolo puede ser localizado. Se encuentra en lugar del espacio y el tiempo en que la “madre” debe estar (en la mente del bebé) fusionada al niño/a y ser experimentada como un objeto que debe ser percibido antes que concebido. El uso de un objeto simboliza la unión de dos cosas ahora separadas, bebé y madre, en el punto del tiempo y el espacio de la iniciación de su estado de separación”* (Coderch, 1987:35-36).

El objeto transicional se hallaría entre el mundo interno y el mundo externo, entre la realidad

y fantasía, un espacio de transición en el cual el bebé hace uso de un objeto para calmar la angustia que podría sentir ante la separación con la función materna. A partir de la observación del autor de que los objetos transicionales no se olvidan ni se lloran, sino que simplemente pierden significación, Winnicott propuso que esto se debía a que: *“los fenómenos transicionales se han vuelto difusos, se han extendido a todo el territorio intermedio entre la ‘realidad psíquica interna’ y ‘el mundo exterior tal como lo perciben dos personas en común’, es decir a todo el campo cultural”*. Este campo abarcaría el juego, los sueños, la creación y apreciación artística, los sentimientos religiosos, etc. Es así que el objeto transicional estaría en el origen del simbolismo. (Romano, 1980:11)

Winnicott en sus teorías del objeto transicional, fundamentó a través de sus teorías, la relación entre las enfermedades psicosomáticas, con la no correcta construcción del objeto transicional. Y es este punto desde donde se ha analizado en este estudio, uno de los posibles conflictos que ha aparecido, en relación a cómo las pacientes narraron de cómo se sentían en sus relaciones vinculares, con imposibilidad de poder posicionarse en lugares neutros frente a la realidad interna y la realidad externa. Atendiendo al material somático que se ha podido recoger en el síndrome, se analiza que los procesos de somatización tienen lugar ante una imposibilidad que presenta el sujeto para poder verbalizar (hacer procesos secundarios) y simbolizar el conflicto. A través de todos estos postulados es desde donde se defiende en esta investigación, y se fundamenta la función principal del arteterapia con el colectivo de fibromialgia. Y es en esta falla donde el arteterapia, tal y como señalaba Rodulfo, ayudaría a que las personas pudiesen construir la capacidad de simbolización, convirtiéndose la obra en el cuerpo sustituto del cuerpo somático, y posibilitando de tal modo, aperturas para la construcción de la subjetividad a devenir.

5.2 Psicopatología y Fibromialgia:

Estudios en este campo expusieron que el trabajo de profesionales, entre ellos, David Sobel, médico que dirigía la información a los pacientes de Kaiser Permanente, una compañía médica que contaba con millones de afiliados en los EEUU, afirmó que el 25 por ciento de las personas que van al médico tenían síntomas físicos muy probablemente provocados por su estado emocional y la fibromialgia ha sido nombrada entre otras enfermedades. Marc Schoren, profesor adjunto en medicina en la Universidad de California, Los Ángeles, afirmó que ahora se podría decir que casi todo se podría considerar psicosomático. Kellner, en una encuesta a la población americana señaló que el 60%-80% correspondía a síntomas somáticos. Barky, Stern, Greenberg (1997) fundamentaron que el 20%-84% que asistieron a atención primaria: fatiga crónica, cefalea, dolor torácico sin causa orgánica y síntomas somáticos, presentaron trastornos psiquiátricos. Todo ello hace más difícil el diagnóstico y la terapia con pacientes con trastornos somatomorfos, síntomas somáticos, funcionales, médicas o psiquiátricas. En Andalucía se recogieron en torno a 75.94% patologías somáticas. Lipowski (1988, 145:1358-68) señaló que en el año 2005, el mayor porcentaje de usuarios y usuarias de los ESMD *“presentaron trastornos neuróticos (29,88%), con una prevalencia de 728,69 personas por cada 100.000 habitantes. También destacan los trastornos del humor (19,82%). Los problemas mentales atendidos con mayor frecuencia en mujeres fueron los del humor (71,14% de mujeres y 28,86% de hombres), trastornos neuróticos (67,85%) y patologías somáticas (75,04%). A diferencia de los problemas atendidos en los hombres que fueron los trastornos derivados del consumo de sustancias tóxicas (83,14% de hombres y 16,68% de mujeres), trastornos del desarrollo (75,75%), trastornos esquizofrénicos (64,71%) y trastornos de la infancia/adolescencia (63,74%)”*.

Las mujeres fueron el 69,09% de los y las pacientes que presentaron trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones. El rango de edad más frecuente fue 31-50 años (28,11% del total de casos).

En la práctica, Lipowski (1988, 145:1358-68) consideraba somatizaciones *“quejas por*

síntomas físicos para los cuales el médico no encuentra una causa orgánica clara y se asocian a algún síntoma psicológico o de conducta. Pero la insuficiencia de conocimientos médicos acerca del "fenómeno de la somatización" generó en estos pacientes una práctica clínica inadecuada e ineficaz, una relación médico-enfermo frustrante e iatrogénica y un formidable dispendio de recursos en todos los sistemas sanitarios del mundo (en términos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos inadecuados, hospitalizaciones innecesarias, rehabilitaciones fallidas y limitación sociolaboral (Lipowski, 1988; Smith, Monson, Ray, 1986). Una investigación clásica "The validity and significance of the clinical diagnosis of hysterias" (Guze, 1975), mostró que el trastorno por somatización tenía un estatus clínico y epidemiológico válido y diferente al de otros trastornos somatomorfos: "...el trastorno por somatización es un síndrome crónico y recurrente que cursa con síntomas múltiples no explicables por ninguna otra enfermedad, con un importante distrés psicológico asociado y búsqueda exhaustiva de ayuda médica. Su etiología es compleja y probablemente psicosocial. Algunos pacientes experimentaron un deterioro del proceso cognitivo bifrontal de predominio en el hemisferio no dominante, que podría ser responsable de la depresión, del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta. Las anomalías en el hemisferio dominante serían las responsables del deterioro de la comunicación verbal, incongruencia de la respuesta afectiva y de la integración sensomotora anómala. El análisis del patrón verbal muestra una identidad de Self negativa y un narcisismo patológico que empobrece su mundo relacional, por déficit de empatía y pseudo-dependencia" (Flor-Henry, 1981: 16:601-26). Aunque este estudio ha sido validado con rigor, encontramos también en la literatura, otros estudios que han cuestionado los resultados como en el trabajo de (Caballero, 2006). Smith, (1991) argumentó que la tasa de prevalencia del trastorno por somatización en la población americana era del 0,4%, resultando 9-10 veces más frecuente en la mujer que en el hombre, con una acumulación en los estratos socioeconómicos más bajos. Asimismo, el mismo autor señaló que es más habitual que los trastornos por somatización coexistan con depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos fóbicos y abusos de drogas de prescripción médica.

En esta investigación se ha analizado la función del cuerpo en la fibromialgia desde una perspectiva psicosomática, entendiendo el cuerpo como el singular lenguaje de defensa para comunicar lo no elaborado; el cuerpo que encarnaría mediante el dolor "ese algo" no integrado tanto desde el sujeto como desde la cultura que se enmarca. Por lo tanto, el cuerpo se podría convertir en un mecanismo que respondería a movimientos internos y externos de la psique y entre ésta y el ambiente del sujeto. La defensa constituiría ese modo habitual con que la persona podría resolver y manejar sus deseos, y sus temores. Bernad (2008) dijo que si se presentase condiciones adversas y si el bebé no se alimentase de lo que calificaba como "mínimo proteico narcisista"¹ refiriéndose a un mínimo de narcisismo, para poder elaborar al Yo, el sujeto se vería expuesto a la enfermedad.

Así como, otra característica hallada común en los estudios de casos, ha sido respuestas frente a la vinculación con el otro (tanto narradas por las pacientes como observadas durante el desarrollo de los talleres), de posiciones de subjetivación marcadas por el conflicto y la dificultad para hacer lo que Amorós (1999) denominó el recorte subjetivo, entre la diferenciación de tu deseo frente al deseo del otro; abriendo el interrogante sobre la posible relación de esta primera marca estructural con la sintomatología de la fibromialgia, tal y como ya se ha mencionado en el apartado anterior en relación a la no correcta internalización de un espacio de seguridad.

Otro aspecto que ha aparecido en el cuerpo práctico en relación a las posibles funciones

¹ Ausburg Bernard. Conferencia sobre la Teoría del Narcisismo. Master en Arteterapia. Valle del Ricote. 2008.

de la fibromialgia, dentro del campo psicosomático, ha sido, la ganancia secundaria que la persona podría estar pagando de manera inconsciente a través de la enfermedad. Un aspecto común que se ha podido analizar en todos los estudios de casos, ha sido la necesidad de reconocimiento, la falta de un lugar propio por haber ocupado dentro de su familia el lugar que ellos/as le han atribuido de manera inconsciente (el lugar de un familiar que ha muerto y no se había elaborado el duelo; o como chivo expiatorio, entre otros lugares que se describirán con mayor profundidad en el apartado de estudios de casos). En este estudio se va a denominar a este proceso como "la identidad usurpada". Y desde este material se abre la hipótesis que la fibromialgia podría estar actuando como un medio por el cual, poder ser miradas, reconocidas, y que el dolor, el síntoma, podría ser el precio o la factura que estaría pagando a modo inconsciente para obtener esa falta de lugar que no tuvieron en la infancia, pudiéndose retrotraer de tal modo, a etapas de dependencia, en donde a través de la enfermedad se estaría buscando el cuidado, la atención, y cariño que les faltó por la irrupción de acontecimientos traumáticos y relación vincular carente con las figuras cuidadoras. Se ha observado una tendencia al conflicto en la relación transferencial con los otros, en donde se abre la reflexión, que en la medida que las relaciones son significativas para ellas/os, se podría activar tal y como apunta Távora (2013), la expectativa inconsciente de que el otro le va a poder dar lo que no le dieron. Esta fantasía de reparación a través del otro, es lo que impedirá poder verlo más allá de sus carencias y se encontraría en la base de la activación de conflicto inconsciente marcado por posiciones vinculares dicotómicas: amor/odio; fusión/separación; idealización/negación, etc., que despertarían un alto componente de angustia, ansiedad, impotencia interna y sensación de indefensión, acompañado de respuestas de somatización y síntomas. Se analiza si a través de las relaciones transferenciales adultas se re actualizase la falta interna y el cuerpo dolorido, podría ser la huella simbólica que revelaría dicha falta sin elaborar.

Desde una revisión de las conceptualizaciones teórico-clínicas freudianas y winnicottianas-fundamenta que tanto desde el punto de vista biológico como psicoanalítico, se analiza el síntoma como algo que todavía no ha sido develado de los particulares lazos que ligan el soma y la psique. Y sitúan al soma en lo medular del vivenciar inconsciente, en el que en el momento de la constitución del síntoma somático podría ser aquel en el que "algo" se desviaría de su curso simbólico para re-tornar al cuerpo, constituyéndose el cuerpo en el verdadero revelador de lo inconsciente.

Winnicott (1970 en Romano, 1980:9) decía *"...para mí el self, que no es el yo, es la que persona que soy yo y solamente yo...El self se halla naturalmente ubicado en el cuerpo, pero en ciertas circunstancias puede disociarse del cuerpo, o el cuerpo de él". "...La mente no existe como entidad en el esquema de cosas del individuo, siempre y cuando el psiquesoma o cuerpo individual haya atravesado satisfactoriamente las etapas de desarrollo más tempranas; la mente no es más que un caso especial del funcionamiento del psiquesoma...la palabra "psique" se refiere a la elaboración imaginativa de las partes, sentimientos y funciones somáticas, es decir, al hecho de estar físicamente vivo... el cuerpo vivo, con sus límites, y con un interior y un exterior, es percibido por el individuo como parte del núcleo de ser imaginativo"*.

Así como, Winnicott, (1949) señaló para referir el término "psicosomático" como una categoría específica de dolencias, que encontraría su definición en su misma naturaleza. Para el autor el yo psíquico es un yo-cuerpo que debía de encontrar su hábitat, un lugar donde estar y donde detenerse para poder existir. El cuerpo propio sería aquel que conteniendo sus multiplicidades y diversidades físico-psíquicas, se convertiría progresivamente en un cuerpo-persona.

El conflicto psíquico encarnado en el cuerpo adquiriría más presencia bajo el síntoma que, aun siendo expresión del conflicto, supondría un particular modo de comunicación para pedir acogida a ese cuerpo y solicitar un lugar en el mundo.

La falta de lugar que se ha podido analizar en los estudios de casos, se podría pensar (a modo de hipótesis), como una de las funciones de la fibromialgia, del “falso lugar” que repetiría el lugar ocupado en el orden familiar y que aun siendo un lugar patológico supone un lugar frente al no lugar y frente a la dificultad que implica el tener que construirlo acorde a sus deseos y necesidades, acorde a su propio molde subjetivo.

Desde esta investigación se reflexiona el síndrome de la fibromialgia como una entidad que según los casos, podría oscilar por tres tipos de corrientes de teorización sobre la etiología: desde el psicoanálisis que consideran la fibromialgia como una reactualización de la enfermedad de la histeria que trató Freud (1985), entendiendo la enfermedad con una etiología estrictamente funcional, hasta otras corrientes que la posicionan dentro la clínica psicósomática, (daño en los órganos) prevaleciendo en ambas posiciones y como base común, la presencia de procesos de somatización.

Se apuesta por la idea de que el dolor físico es un reflejo somático del dolor emocional, que no se expresa y que es inconsciente. Así como, por la abundante conexión entre factores psicológicos y somáticos, incluyendo la mayor incidencia de sufrimiento psicológico en los antecedentes de pacientes que sufren de fibromialgia. La fibromialgia, manifiesta unas características que se pueden encontrar en otras enfermedades a lo largo de la historia: desde la “*histeria*” de conversión hasta la clínica psicósomática. La “*Conversión Histórica*”, como un mecanismo descubierto por Freud y que se acercaría conceptualmente al vínculo entre elementos psíquicos y somáticos, tal y como ocurre en la fibromialgia. El caso de estudio de Freud (1895), Isabel R. es un caso que presenta unas similitudes y que ayuda a entender características de la fibromialgia desde las teorías del psicoanálisis.

Si atendemos a las histerias clásicas, estudiadas por Freud, como enfermedad funcional, observamos que (Merskey, 2001; Hyler y Spitzer, 1989), expusieron la relación entre fibromialgia e histeria ordinaria como:

- Falta de evidencia del dolor.
- Ambiente estresante.
- Significado simbólico del síntoma (López, 1987).
- Presencia de trastornos de la personalidad.

(Carveth, Carveth, 2005), señalaron:

- Ganancia secundaria de la enfermedad (Protección, atención, etc).
- Atribución del sufrimiento a sucesos exteriores.
- Dramatización.

Cuando Freud hablaba del dolor de las mujeres que denominó como “histéricas” lo hizo para relacionar lo simbólicamente con sus síntomas psíquicos. Ese dolor reflejaba el pensamiento de sus pacientes, que cuando se referían a medio cuerpo, o a medio campo visual, o a la parálisis de una mano no coincidían con la distribución anatómica de las inervaciones. Este tipo de dolor parece coincidente con el referido por las pacientes que sufren fibromialgia porque el dolor en la fibromialgia es difuso, que va cambiando por las zonas corporales. La relación simbólica es menos directa, más compleja, pero el dolor en sí podría ser pensado

como un síntoma simbólico del dolor existencial y el movimiento por las diferentes partes del cuerpo sin detenerse en una zona fija, podría simbolizar otra de las características ontogénicas del síndrome, la hiperactividad, como síntoma de la imposibilidad de parar y como reflejo de ese dolor que no se para y que recorre el campo corporal.

Dada la complejidad de la multisintomatología de los casos de las pacientes que han participado en esta investigación (depresión, angustia, artritis reumatoide, colon irritable, fatiga crónica...), es muy difícil determinar de dónde procede las respuestas somáticas y por ende, la dificultad de relacionar el componente simbólico, el cual, era determinante en las histerias ordinarias. Las respuestas en el cuerpo, se denominarían procesos de somatización, a causa de factores psicológicos. Se puede pensar que en la fibromialgia podría existir una repercusión somática del estrés y conflictos psíquicos.

Finalmente, López, (1987) denominó Identidad clínica psicósomática, y que podemos encontrar en autores como Rof Carballo, Syphneos, Franz Alexander y la escuela de medicina psicósomática de París (Pierre Marty y su escuela) en donde apuntaban que había una lesión orgánica y aunque se pueden encontrar asociaciones entre los conflictos psíquicos y el inicio de las enfermedades (psoriasis, artritis reumatoide, diabetes, vitíligo, colitis ulcerosa, colon irritable, cáncer, hipertensión arterial, etc.), una vez que el padecimiento orgánico se inicia éste lleva un curso independiente de la evolución psíquica.

La fibromialgia como fenómeno que ocurre prioritariamente en el área 2. En los trastornos ansiosos y depresivos es muy frecuente que aparezcan síntomas somáticos en los sucesos localizados en el área 2 (el cuerpo), y podría ocurrir por una implicación directa de este área en el conflicto (traumas, infecciones, déficits congénitos, etc...) o procedentes de las otras dos (Área 1= la mente; Área 3 = el grupo, la sociedad).

Tal y como citó (Cigarán, 2011), toda enfermedad es somato-psíquica, y desde esta investigación se trata de abordar el sufrimiento desde un enfoque holístico e integral. Se trabaja con la conciencia y el lenguaje corporal porque ayudan a conectar con la realidad emocional. De ahí, se defiende la importancia de la creatividad para poder desarrollar nuevas alternativas de relacionarse con uno mismo y con los demás, y como herramienta para poder sublimar, y transformar el materia somático en material con aperturas para la construcción de la subjetividad, que posibilite a la persona construir un lugar de seguridad interno que les posibilite ser consigo mismos/as y con los demás, de una manera saludable, alternativa a la somatización.

En medicina cada especialidad contiene algún síndrome somático funcional: Wessley;

Nimnaum, Sharpe (1999 en Caballero, Cabllero, 2008)

Gastroenterología-----El síndrome de Colon irritable.

Neurología-----La Cefalea tensional.

Estomatología-----Disfunción temporomandibular.

Ginecología-----El dolor pélvico crónico.

Ortopoedia-----El dolor lumbar.

Infectología-----Fatiga crónica.

Alergología-----Sensibilidad química múltiple.

Reumatología-----La Fibromialgia.

1. Similitudes entre los síndromes somáticos funcionales:

Leslie, Buchwald (2001 en Caballero, Caballero, 2008):

Asociados con depresión y ansiedad.

Alta comorbilidad con los trastornos de la personalidad.

Distrés emocional.

Comparten historias de abusos psicológicos, físicos o sexuales y presentan algún tipo de dolor crónico y fatiga.

2. Similitudes en cuanto a síntomas:

Difuso.

Inespecíficos y ambiguos.

Alta prevalencia en población sana.

Fatiga, debilidad, cefaleas, dificultades para dormir, dolores musculares y de articulaciones, problemas de atención, concentración, memoria, náuseas, irritabilidad, palpitaciones.

5.3 Teoría feminista, estudios de la subjetividad femenina y fibromialgia:

Dado el alto componente de la enfermedad de la fibromialgia en la mujer, existiendo una relación de 10 mujeres a 1 hombre, podríamos analizar el factor de género como un factor sesgado objetivo que podría condicionar en la sintomatología de la mujer que sufre fibromialgia, así como, a analizar cómo el hecho de ser mujer podría ser determinante para sufrir sintomatologías caracterizadas por el dolor. Abriendo de tal modo el interrogante acerca de cómo el cuerpo de la mujer (entendiendo la singularidad de la mujer dentro de un colectivo con características similares)², podría ser objeto del dolor. A lo largo de la investigación se van a analizar las dificultades que presentan éste colectivo en relación a "los vínculos fundantes"³, "represión"⁴, al establecimiento de los "límites", la "separación", la "sintomatología", el "apego"⁵, y otros aspectos relevantes de análisis, en las relaciones interpersonales y su vinculación con los otros. Analizar este material teniendo en cuenta la perspectiva de género, ha sido relevante para poder orientar el nivel de intervención de la práctica del arteterapia al cambio tal y como señala Omenat (2007: 248), *"facilita ponerse en contacto con emociones profundas, conteniendo angustias y ansiedades y proporciona que las mujeres puedan ir entendiendo dichas emociones en la construcción y resignificación de su historia vital"*.

En las teorías feministas del arteterapia, la importancia de la diferencia de género se ha destacado por muchos escritores/as, que han intentado ilustrar cómo ideas de la masculinidad y la femineidad están vinculadas a las normas institucionales y las

2 Hay tantas mujeres como tipos de personalidad, edades, ciclo vital en que se encuentren, condición económica o la clase social, color de piel, etnia y raza a la que pertenecen, formas de ser mujer como el estado civil que posean o madres solteras o madres adolescentes. Cada mujer es un mundo y su mundo se compone de múltiples escenarios que deben ser contemplados de tal manera que se aprecie la diversidad de experiencias, de expectativas, deseos, oportunidades, opciones y en dicho acto poder identificar la diferencia. (Távora, 2012)

3 Hace referencia a las primeras figuras para el infante que cumple la función cuidadora.

4 La represión es un concepto central del psicoanálisis que designa el mecanismo o proceso psíquico del cual se sirve un sujeto para rechazar representaciones, ideas, pensamientos, recuerdos o deseos y mantenerlos en el inconsciente. De acuerdo con la teoría de Freud, los contenidos rechazados, lejos de ser destruidos u olvidados definitivamente por la represión, al hallarse ligados a la pulsión mantienen su efectividad psíquica desde el inconsciente. Lo reprimido constituye para Freud el componente central del inconsciente. Como decía Freud: "Lo reprimido se sintomatiza". (Freud, 1923)

5 Bowlby (1969): La teoría del apego es la teoría que describe la dinámica de largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. Su principio más importante declara que un recién nacido necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad.

prácticas que se encuentran en un constante estado de flujo y de reconstrucción, en lugar de ser fijo y a priori. Ello, desafía a la idea de la masculinidad y femineidad, como algo inmutable y parte de la "naturaleza humana". Este desafío ha sido muy útil, para muchas escritoras feministas que le han permitido criticar argumentos biológicos sobre las diferencias naturales y que los mismo, han sido utilizados para convenios y prácticas de género particulares. El énfasis puesto en la construcción natural del Self, le ha permitido a las escritoras feministas, explorar como la existencia de representaciones dominantes de la femineidad, son patologizadas a través de las prácticas institucionales y del discurso. Tales ideas, deben de ser relevantes para los/as arteterapeutas que trabajan con el colectivo de mujeres, para permitir una exploración multifacética de uno/a mismo/a.

Hogan, (1997) propuso un análisis de las circunstancias particulares del individuo en relación a un sistema de representaciones, prácticas institucionales y discursos, los cuales, crean nuestro entendimiento de subjetividad, enfermedad, insano y salud. Pollock, (2007) insistió que la diferencia de género se producía principalmente por series interconectadas de prácticas sociales e institucionales de las cuales: la familia, educación, estudios de arte, galerías y revistas formaban parte. Estas ideas son muy importantes para tenerlas en cuenta en la práctica arteterapéutica, a la hora de analizar el material emergente, particularmente, tener en cuenta cómo son construidos las representaciones o imágenes y el efecto que las mismas han tenido en las mujeres.

Los postulados de las teorías feministas del arteterapia tuvieron como bases comunes las teorías que podemos encontrar en los estudios de la subjetividad femenina, en donde subrayaron como factor capital, la subordinación de los roles asignados a la mujer y la consecuente asociación inherente desde la década XX a un elaborado campo de justificación médica, y biológica.

Pol, (2015:9) puso en relieve una interesante asociación a través del análisis del arte que hizo, en donde relacionaba en términos culturales el «salvaje», el nativo americano o posteriormente los esclavos africanos y la mujer. Pol, parafraseando a Kristeva con respecto a la creación femenina y la especificidad de lo femenino, decía que esta especificidad no es clara, parece "no corresponderse tanto con unas características exclusivas de lo femenino como de lo marginal; «en la medida en que el machismo considera a las mujeres como seres marginales, y que se puede estudiar su lucha como cualquier otra lucha que se oponga a la estructura del poder establecido". Moi (1988: 171) decía que la mujer y el «salvaje» aglutinaban, desde el punto de vista falocéntrico, "una serie de características que remiten al caos, al desorden". La visión de la mujer como caos y oscuridad, siguiendo con lo expuesto por Kristeva, provocaría que, consideradas como límite del orden simbólico, "encarnemos las propiedades desconcertantes de toda frontera, no estando ni dentro ni fuera, perteneciendo a lo ambiguo". Así como, el análisis de la autora se podría complementar con otras características asignadas a la personalidad de la mujer recogido por el modelo de feminidad vigente (Kite, 2001, en Barberá, 2004: 63) como: "pasividad, dificultad para defenderse a sí misma, de poner límites, inseguridad constante y corporal, indecisión, necesidad del afecto, priorización del deseo ajeno al propio, cumplir los mandatos esperados, roles reproductivos y maternos", etc., que han sido incorporados como un modo "normal" de sociabilización. Otra posible vía de sociabilización que apuntan teóricas feministas se produciría por las mujeres, por la transmisión del discurso simbólico de abuela a madre, madre a hija, etc. A través de las madres, como vehículo de transmisión de los valores y la educación, las niñas/os los incorporarían como mandatos superyoicos.

González de Chavez (1999), decía que el miedo a la pérdida del amor en la mujer, podría ser

la principal causante de las angustias inconscientes en la mujer. Estas angustias son constantes de innumerables síntomas psíquicos y somáticos, como depresión, ansiedad, diversas algias, hipocondrías, hiper adaptación, miedo al éxito, etc., manifestaciones a través de la idealización de la maternidad y ambivalencias negadas con respecto a ella, idealizaciones del amor y el saber del otro. Mandatos superyoicos con respecto a estas tareas que generan culpa, negación de la agresividad y dificultades para el proceso de individualización y para afrontar conflictos. El concepto del superyó femenino de Benjamin, (1996) señalaba que a través del superyó, los valores de género se ha interiorizado en la psique femenina, actuando como un organizador intrapsíquico, en donde a través de restricciones, mandatos e idealizaciones regularía la relación de la mujer consigo misma, creando un modelo relacional enfrentando en permanentes defensas entre lo idealizado y lo percibido y que será generador de conflictos, y fuertes sentimientos de culpa. Levinton, (2004) decía que los imperativos superyoicos en relación a "hacerlo todo bien", "búsqueda de la perfección", "cuidado al otro", estaría presentes en el superyó femenino y como base de organizador interno en donde el cumplimiento del deseo del otro, priorizaría en el deseo propio, pudiéndose incluso, según los casos, producirse una anulación u olvido del mismo. Dichas teorías remitirían a la relación entre la clínica diferencial de la mujer y el género, produciéndose repercusiones negativas a un nivel físico, mental y trastornos psicoafectivos, cuantitativamente más en la mujer que en el hombre (Observatorio de Salud de las Mujeres, 2004-2007).

Los síntomas consecuentes de esta relación mencionada se traduciría según las teorías feministas (Sánchez, Corral, Frías, 2006; Léinton, 2004-2011; Távora, 2012; González de Chávez, 2010), en sentimientos de culpa, bloqueo, malestar sin poder identificar el origen del mismo, ya que es un material reprimido e inconsciente. Desde el análisis de esta investigación se añadiría a parte de los ya nombrados, la hiperactividad como reacción desencadenante del mecanismo de defensa de la evitación, que ilustraría la dificultad de poder conectar con sus cuerpos, ocasionándose un círculo vicioso entre no parar para no sentir el cuerpo (el cuerpo como extranjero de una misma), que prolongado en el tiempo podría tener repercusiones funcionales y orgánicas.

Para concluir con este tema en general, teniendo en cuenta la literatura de los trastornos de somatización, enfermedades funcionales, dolor; que han encontrado formaciones traumáticas en la infancia, sesgos de género, abusos (físicos y psicológicos), maltratos, abandonos, etc., señalar que este material nos permitirían tener en cuenta antes de intervenir en las problemáticas que probablemente van a estar presentes en torno a:

- La construcción carencial afectiva en los vínculos fundantes.
- La construcción del apego (inseguro o desordenado).
- Una percepción interna de indefensión o de control bajo.
- Una construcción de la identidad carencial.

En el psicoanálisis, "la mirada", es determinante para que un sujeto se apropie su propio cuerpo y construya una estructura psíquica sana. Si no somos mirados, no construimos ese Yo, el Ello, queda investido de la ausencia de la mirada. De tal modo, que se renuncia al yo y se cumple el mandato superyoico. Para ello, las mujeres se tienen que hacer visibles mediante la mirada del otro, (cuidando al otro), ya que hay una "falta" de la mirada de los vínculos fundantes, y ello, genera una carga energética que tiene que ser sometida y reprimida, y que se manifestará de diferentes maneras de estados de enfermedad. Se podría entender el cumplimiento de las órdenes, o los deseos del Otro, para ser miradas y ser queridas. Y para ser queridas se tiene que ser necesitadas, encontramos, entonces, una necesidad de vincularse desde esa "falta" en la infancia.



LA TRANSFORMACIÓN DEL DOLOR AL SÍMBOLO

El arteterapia como instrumento de
intervención con mujeres que sufren
fibromialgia

“El proceso de terapia artística se basa en reconocer que los sentimientos y los pensamientos más fundamentales del hombre, derivados del inconsciente, alcanzan expresión a través de imágenes y no de palabras”.
(Naumberg, 1958:511).

En este capítulo se va a exponer una introducción de la epistemología, nacimiento, evolución y fundamentación del arteterapia para adquirir una mayor profundidad en la herramienta de intervención seleccionada. En la segunda parte de este texto, se va a hacer una fundamentación del arteterapia y los beneficios de la misma aplicado al colectivo que sufre fibromialgia.

6.1 Aplicaciones del arte con un fin terapéutico y epistemología del arteterapia:

A lo largo de la historia, ha existido una relación entre el arte con un fin terapéutico, como un modo de comunicación, ante la enfermedad y la muerte (López, 2006). A lo largo de la historia se ha podido comprobar que el arte ha sido una herramienta con propiedades curativas, presentes desde los orígenes de la humanidad y relacionado con el ámbito de la locura. El concepto de arte ha ido evolucionando y transformándose según el contexto socio-histórico, pero hasta el nacimiento de la medicina moderna, momento en el cual se produjo un cambio de paradigma, la relación entre arte y terapia estaba muy presente como tratamiento terapéutico.

López (2006) señaló en palabras de Rodríguez y Troll (2001) seis factores cruciales en la historia y tendencia de la utilización del arteterapia, por sus múltiples orígenes, en donde fundamenta la relación del arte asociado a fines terapéuticos, como hitos indispensable en la evolución del arte hasta el desarrollo del arteterapia:

1) El arte como un modo de catarsis, que ha sido conceptualizado como tal desde la antigüedad al servicio de la cura.

2) El interés de los psiquiatras por el arte patológico, por la producción artística de los denominados "locos" por su valor artístico.

3) El dominio casi hegemónico del psicoanálisis acerca del pensamiento sobre arte y la práctica artística en el medio terapéutico.

4) El interés de los artistas por la producción artística de estos mismo "locos" por su valor artístico.

5) Una tentativa de desbloqueo y de apertura a otros modos de pensar la cura y de enfocar la práctica arteterapéutica.

6) La utilización pragmática "ateórica" de los pioneros del arteterapia.

Se podría mencionar otros dos factores más como:

7) La Educación Artística y la Pedagogía Progresista.

8) Las teorías e investigaciones de la creatividad y su relación con el bienestar integral del ser humano.

La relación principal que ha existido a lo largo de la historia entre arte y salud ha girado en torno al ámbito psiquiátrico, como tratamiento de la locura, mediante el desarrollo de diferentes las actividades y los métodos terapéuticos para curarla, desde las creencias mágico-religiosas y los prejuicios, las diferentes concepciones filosóficas y científicas.

1) El arte al servicio de la cura como un modo de catarsis, que ha sido conceptualizado como tal desde la antigüedad Antigüedad:

López (2006) señaló que desde los inicios de la humanidad, existieron muchas manifestaciones -cavernas y tumbas, así como, en los ritos grupales con los cánticos, danzas, máscaras, etc- de cómo nuestros ancestros atribuían propiedades preventivas y terapéuticas a los dibujos, pinturas y figuras modeladas. La utilidad no era solo con fines terapéuticos, sino también para propiciar la caza, (arte rupestre, etc.), la fertilidad de la tierra, benevolencia de las fuerzas naturales, etc. Todas estas maneras simbólicas representarían los 1º impulsos creativos, que acompañarán al ser humano desde entonces a nuestros días. Con la aparición del chamanismo, el arte adquirió un nuevo valor como herramienta curativa. Los curanderos principalmente extraían los elementos insanos tanto físicos como psicológicos, mediante la creación de imágenes esquemáticas que transmitían mensajes, para atraer los favores de los espíritus. Muchos de estos símbolos, (círculos concéntricos, espirales, laberintos, etc), se han encontrado entre las diferentes culturas que no tenían contacto entre sí, y evidenciarían de tal modo, el carácter universal del arte y su papel en la comunicación de conceptos universales (Franch, 1988; Malchodi, 1998). Este rasgo del arte como impulso creativo y comunicativo, se halla en la base epistemológica del arteterapia, la cual fundamenta principalmente, que todos los seres humanos tenemos una capacidad innata para poder proyectar nuestros conflictos, sentimientos, etc., a través de un lenguaje visual y que dicha práctica facilita nuevas vías de comunicación con uno/a mismo/a y con los demás.

En la cultura Egipcia, se ha encontrado en “El libro de los Muertos”, que la melancolía se citaba como una enfermedad del estado de ánimo, así como, se ha recogido la existencia de templos especializados en organizar actividades creativas y laborterapia en torno a la pintura, el dibujo y la danza, para personas con enfermedades psíquicas (Budge, 2007). En la cultura Grecolatina, la locura también fue considerada una enfermedad del cuerpo, Hipócrates (460-377 a.c), decía que los comportamientos inusuales era el resultado de sus aportaciones científicas sobre las enfermedades mentales, los griegos y los romanos defendieron un tratamiento lo más humano posible para las personas con trastornos psicológicos, donde las artes visuales y la música estuvieron presentes. Plauto, en su diálogo Timeo (360, a.c) indicaba la acción apaciguadora de la música; Aristóteles, en su Poética (335-323 a.c), el poder catártico de la tragedia y Celso, (s. I d.c) aplicaba musicoterapia como un tratamiento para la locura, utilizaba el término de Insania para descubrir las enfermedades mentales.

En el periodo medieval supuso un retroceso del legado grecolatino y la locura se entendía como: una manifestación sobrenatural donde el loco se consideraba un endemoniado o como un fenómeno anormal, entre hombre y animal salvaje, justificando de tal modo, ser enjaulado y exhibido como fenómeno de feria. Los tratamientos eran acordes con estas ideas. Este colectivo fue perseguido por exorcismos y herejía, aplicándole los castigos subsiguientes de ser torturados y quemados, al igual que el/la brujo/a o el/la hereje. Estos comportamientos culminarán con la caza de brujas de sig. XV, XVI y XVII y exterminó la vida de muchas personas (López, 2006).

Durante el Renacimiento, en el sig. XVII y XVIII se gestaron los fundamentos sobre la psicopatología, las personas con patologías se consideraban un peligro para la sociedad, lo encerraban y aislaban haciendo compartir su reclusión con prostitutas, enfermos de sífilis, alcohólicos. Finales del XVIII, el médico Philippe Pinel, considerado el “padre del hospital psiquiátrico moderno” y el “liberador de los locos”, propuso como remedio a la locura el tratamiento moral, indicando que la creación de instituciones y de cuerpos médicos especializados y un trato afectuoso eran herramientas capaces de curar, (Ryas Macías, 2006). Se produjo el antecedente de la terapia ocupacional, recomendando que en los periodos de lucidez los/as pacientes realizasen algún empleo laborioso o de cualquier otro tipo destinado a mantener sus pensamientos y atención ocupada.

2) El interés de los psiquiatras por el arte patológico, por la producción artística de los denominados "locos" por su valor artístico.

Se produjo un especial interés por parte de los psiquiatras por la producción artística de estos mismos "locos" por su valor artístico. Algunos autores (Klein, 2006; López, 2006; López, 2009) señalaron al marqués de Sade como precursor de promover un modo de expresión que pudiera hacer salir de su estado de alienación a los enfermos. En 1803-1813, dirigía los espectáculos mensuales en la casa de Chareton. El psiquiatra Vinchon en su obra "Arte y Locura" (1824) propuso la actividad artística en los hospitales psiquiátricos como método terapéutico. Con la aparición de la terapia ocupacional, la mediación de las artes: el dibujo, el teatro, el baile, la música, empezaron a prescribirse para sacar a los enfermos de su apatía y de su mundo interior. Se inició una alianza entre los artistas y médicos, la casa de Salud de Spirit Blanche acogía, a numerosos artistas: Flaubert, Gay de Maupassant, Jaques Arago, etc.

Paralelamente, comenzó el estudio de los dibujos y pinturas en enfermos mentales para "describir" ciertos signos visuales que permitiesen la elaboración de tipologías de dibujos de esquizofrénicos, síntomas patológicos, etc. El doctor Paul Max-Simón, en la obra "la imaginación de la locura" (1876), trató de establecer la correspondencia entre síntomas patológicos y el estilo pictórico; su trabajo fue impulso para investigaciones posteriores, basada en test proyectivos como: Dibujo de la Figura Humana; Dibujo de la Familia; y del Dibujo de la Casa-Árbol-Persona (Gómez, 2005).

Desde finales del XIX los psiquiatras se mostraron interesados en la producción plástica de los enfermos mentales, facilitaron su producción plástica, la coleccionaron y estudiaron: Mohr, (1906), Simon (1876 y 1888) y sobre todo Prinzhorn (1922). El llamado arte de los "locos" se convertiría en protagonista de numerosas manifestaciones artísticas como exposiciones: Royal Bethlem Hospital en Beckenham en 1900-1913; Musée de Charles Ladame, en clínica de Bel Air; Museo de arte patológico de Hans Prinzhorn, 1920. Otros psiquiatras como Navatil, Jean Vinchon, Aalfred Bader, expusieron las obras de los enfermos en museos o galerías y lo desvincularon de los congresos de psiquiatría. Las actividades artísticas fueron cada vez más valoradas por los médicos, y el arte de los locos, se convirtió en el denominado "*arte psicopatológico*", estableciéndose una interacción disciplinaria entre el ámbito artístico y el psiquiátrico, cuyas repercusiones encontrarán nuevas vías para mejorar la calidad de vida de los pacientes internos. Todo ello, nos ilustra en mayor medida, el efecto terapéutico de la práctica artística, en su potencialidad de cura.

Auguste Marie (1928-1929), expuso obras sacándolas de los hospitales para exponerlas en diversas galerías de París, enfatizando en su nuevo lenguaje para expresar experiencias. Marcel Reja, se interesó por el proceso creativo más que por sus datos diagnósticos, quien atribuía al arte un carácter primitivo, no patológico, con un nexo de unión entre el arte infantil, y de los salvajes. Ese rasgo arcaico, fue denominado para los historiadores del arte y artista como la expresión artística más auténtica. Encontramos en estas nuevas conceptualizaciones y uso del arte a través de los expertos en éste área, semillas que se posteriormente estarán en la base del arteterapia, como herramienta que trabaja desde la salud y no desde lo patológico, y como medio que posibilita a las personas trabajar desde lugares diferentes a los asignados o etiquetados por el diagnóstico de una enfermedad, posibilitando de tal modo, conectar con otras áreas más allá del síntoma y ampliarlo para obtener una mejoría y reconocimiento. Por ejemplo, Morgenthaler, publicó la 1ª monografía consagrada a un paciente en el cual, su nombre apareció como artista y no como caso clínico: Adolf Worffi, en Berna. (López, 2009). El valor creativo adquiriría un primer lugar y en un segundo lugar quedaría la enfermedad mental.

Una figura importante fue Prinzhorn, psiquiatra, historiador del arte, filósofo alemán, trabajó en la clínica y fue autor del libro "*expresiones de la locura*" (1923).

El autor consideraba que la pulsión creadora o necesidad de expresión instintiva, sobrevivía a la desintegración de la personalidad y que se podría considerar terapéutico. En el libro, hizo una colección de muestra plástica de enfermos mentales: dibujo, pintura, escultura en madera, collage, bordados, titulado. Son 384 páginas con cerca de 200 ilustraciones. Este libro consta de ilustraciones acompañado de análisis y comentarios muy agudos de Prinzhorn. Consta además, de una excelente introducción de Julia Ramírez, quien nos refiere cómo, en tan solo dos años, y a partir de lo que había en manicomios de todo el mundo, el psiquiatra alemán supo crear el mayor conjunto de "arte alienado" europeo, procediendo a un estudio nuevo e innovador hasta lo producido en ese momento. Posiblemente, la parte analítica se podría considerar lo más interesante, pero también resulta de gran valor las ideas y teorías de Prinzhorn, como el esquema de las seis pulsiones que a su juicio conducían a la creatividad: el deseo expresivo, el instinto de juego, la propensión ornamental, la tendencia del orden, la directriz imitativa y la necesidad de símbolos. El autor quiso resaltar a través de las imágenes del libro el concepto de "expresión", lo que implicaba resaltar estereotipos formales como "el horror vacui", la reiteración de elementos, el automatismo y, especialmente, las imágenes múltiples.

Julia Ramírez, dedicó un capítulo al "arte degenerativo" del nacional-socialismo. Al menos 19 de los artistas coleccionados por Prinzhorn fueron asesinados (primero por inyección letal y luego en cámaras de gas). El responsable un profesor universitario Carl Schneider, director de la clínica donde había estado Prinzhorn desde el 1933, y que guardó los cerebros de sus víctimas para ser estudiados. Entre las víctimas estaba el cerrajero artístico Pohl, una de las diez figuras estudiadas por Prinzhorn, quien llegó a compararlo en sus páginas con Grunewald, Durero y Van Gogh.

Tras la 2ª Guerra Mundial, muchos enfermos y deficientes mentales murieron solo por esa condición, y a partir de este hecho histórico, se reivindicó la humanización del hospital psiquiátrico. En este contexto, Dubuffet retomó el legado de Prinzhorn, encabezando el movimiento del Arte Brut. Lo componían: Jean Dubuffet; S. Paulhan, Ch. Rarteterapeutaon, H-P Roché, M. Tapié y André Bretón. (López, 2009).

Dubuffet (en López 2016: 43), interesados por el arte marginal desde 1945 comenzó a reunir obras de este tipo: dibujos, graffitis, collages, figuras modeladas. El autor escribió: *"la creación artística es insignificante sino parte de una alienación y no propone un nuevo modo de vivir"*. Para él autor el artista enfermo creaba para sí mismo, más allá de todo contexto cultural. El Art Brut aportó al arteterapia, algunas consideraciones como: *"la locura portadora de creación o la creación como tratamiento de la locura"* (Klein, 2006:110), pero diferiría del arteterapia, en que solo le interesaba el producto y no los beneficios de la obra sobre su autor, ni la evolución favorable psicológica, síntoma de pérdida de originalidad en un pro de los cánones culturales.

3) El dominio casi hegemónico del psicoanálisis acerca del pensamiento sobre arte y la práctica artística en el medio terapéutico.

A finales del siglo XIX y principios del XX se produjo un dominio casi hegemónico del psicoanálisis acerca del pensamiento sobre arte y la práctica artística en el medio terapéutico, a través del nacimiento del inconsciente, elaborado por Sigmund Freud. En los ensayos de Freud, *"La Virgen con el Niño y Santa Ana"*, titulado *"Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci"* (1910) y *"el Moisés de Miguel Ángel"* (1913), intentó descubrir la relación entre las obras plásticas y los conflictos íntimos del artista, mediante la interpretación psicoanalítica de sus obras plásticas, relacionando los elementos simbólicos afines a sus vivencias infantiles con las imágenes.

Romo (2005: 71) dijo: *"desde el psicoanálisis, a partir de Freud, se presenta la 1ª explicación teórica de la creatividad como forma de sublimación de los conflictos origina dos en un flujo de energía inconsciente, vinculada al mundo de los afectos y conectada más o menos, según qué autores, al trastorno mental"*.

Jung (1920), usó el arte como medio de tratamiento de sus clientes porque consideraba que las imágenes eran huellas de las vivencias primordiales de la humanidad y la fuente de toda creatividad. Recomendó a sus pacientes dibujar y pintar sus imágenes y sueños para darle forma a lo inexplicable por la palabra, como vía posible para organizar su caos interior, al considerar la creatividad como función estructurante del pensamiento. Esta función psicoterapéutica del arte se encontrará en la base del arteterapia, como disciplina que posibilita identificar el origen del conflicto intrapsíquico y poner palabra donde no la había, posibilitando una reelaboración de la problemática a través de la autoexpresión artística ligada al proceso creativo.

El descubrimiento del inconsciente enfatizó el interés de los psiquiatras por el valor expresivo y comunicativo de las producciones plásticas de sus pacientes, más que su uso diagnóstico. La pintura, dibujo y modelado, además de traer imágenes reveladoras que ayudasen a descifrar las raíces de los síntomas psicopatológicos, también conseguían transformar acciones agresivas por otras, socialmente aceptables. La influencia psicoanalítica, vinculada a los artistas de vanguardia con las producciones de los enfermos mentales, encontró un discurso que permitió desligar del academicismo, como se abordará en el siguiente punto con mayor profundidad.

4) Una tentativa de desbloqueo y de apertura a otros modos de pensar la cura y de enfocar la práctica arteterapéutica; 5) La utilización pragmática "ateórica" de los pioneros del arteterapia.

Por otro lado, otra influencia fundamental tiene relación con la aparición de las Vanguardias, y el Arte Contemporáneo. Los artistas románticos manifestaron su disconformidad hacia el arte academicista, que había imperado como modelo válido desde el Renacimiento, y hacia la sociedad Racionalista que lo valoraba. Se produjo una ruptura con la técnica de representación, y un interés por llegar a representar lo más fielmente posible la realidad externa. Cambiaron los intereses en relación a la necesidad de expresar en las obras plásticas el mundo interior: ideas, preocupaciones, pensamientos, experiencias, emociones. Se produjo una ruptura con el concepto de "genio", y del arte academicista imperante, en torno a la mimesis y la representación del exterior. El arte ya no es exclusivo a unos pocos, sino que todas personas podrían beneficiarse de las potencialidades que ofrece la creatividad ligado a la salud. Se valoró principalmente la subjetividad del artista y la exaltación idealista hacia la expresión subjetiva. Por ejemplo, encontramos el nacimiento del Impresionista con Manet, en su obra "*Impresión*", y otros autores claves como Cezanne-Van Gogh entre otros. Pero posiblemente, la figura más importante por las aportaciones al Arte de la Vanguardias y al arteterapia, fuese Jackson Pollock. El artista tuvo solo diez años de producción activa entre 1943-1953, un tiempo marcado de búsqueda, de errores, crisis que desembocarían en su estilo propio: "*Action Painting*". Pollock junto con Van Gogh y otros genios, se relacionaron con el mito entre el artista y el loco. Nos permite pensar en la figuras de estas grandes celebridades, la función sostenedora y contenedora del proceso creativo como un medio de permeabilidad para la locura. El arte no como cura pero sí como función estructurante que posibilita que la persona sublime los conflictos intrapsíquico, y no enferme más de lo que podría enfermar si no desarrollase la vía creativa.

Encontramos diversas características en la técnica del "*Action Painting*" se encuentran en la base del arteterapia, como por ejemplo:

- El uso de nuevos materiales, pintura industrial no preparada por el pintor, aluminos, esmaltes, cañas, trapos, mezclados con todo tipo de materiales; así como, el abandono del pincel, caballete y trabaja extendiendo una tela. Forma de pintar moviéndose alrededor del lienzo, con un bote de pintura agujereado, sin entrar en contacto con la superficie, salpicándola de manera espontánea sin ningún esquema prefijado. A esta forma de trabajar se le llamó Ripping o el goteo. Esta técnica permitía la conexión directa del pensamiento y la acción de la experiencia.

El autor prefirió pintar con el lienzo en el suelo, estando cerca del suelo, él mismo formaba

parte del cuadro, pintándolo desde todos sus lados, sus composiciones no presentan un sentido espacial, no existía el arriba y abajo, trataba toda la superficie con la misma forma e intensidad.

- A la idea de que el arte debía mostrar la impronta de su proceso creativo. Es decir, el proceso se convirtió en objeto de arte, la diferencia con otras Vanguardias residía más en el planteamiento y uso del arte que en la técnica. El planteamiento del proceso creativo como desbloqueo para sacar la realidad interior. Ahora, el objeto es el propio acto de pintar, sin fijarse en aspectos expresivos, simbólicos o significativos que la obra pudiese tener. Se trataba de reflejar un instante, un acto, la forma de ser del artista de manera primaria. El gesto y la pincelada resultante eran una expresión de sí mismo y no de un significado ajeno, por lo que cada obra era resultado de la expresión subjetiva del artista y su paso en el mundo. El proceso representa el contenido del cuadro, siendo el mismo el resultado, y se manifestaba de forma inmediata sin recurrir al paso intermedio de desarrollar un motivo, una razón, una explicación. No pretendía ilustrar nada, sino expresar de forma inmediata y espontánea sus sentimientos, emociones y mundo interno y ese carácter ligado a la autoexpresión artística. Gracias al *action painting*, el cuadro pasó a ser un campo de juego en el que actuar y no un espacio en el que reproducir, rediseñar, o analizar un objeto real o imaginario. Este rasgo de auto expresión artística ligado al proceso creativo, estará en la base epistemológica del arteterapia, donde será precisamente en esa relación que se teje entre la persona que crea, la obra y el arteterapeuta un espacio de *disponibilidad* (Fiorinni, 2006) donde pueda emerger aquello que el/la autor/a pueda llevar dentro y posibilitar nuevas vías de expresión alternativas a la palabra. Adquiriendo de tal modo, desde esta perspectiva un mayor valor y énfasis en el proceso de creación que en el resultado final.

- Encontramos, otros autores como Picasso, quien también creó una nueva manera de representar, de entender su relación con el mundo.

- Y otras posibilidades de creación en el Arte Contemporáneo fueron las *performance*, *happening*, obras que duran un tiempo concreto y desaparecen. Reforzándose la importancia del proceso creativo en lugar del producto.

- Rafols (1980: 71) dijo que se trataba de una revolución copernicana a la inversa: *"el centro del arte deja de ser el mundo exterior para pasar a preocuparse del mundo interior"*. Las obras de arte se convirtieron en un medio proyectivo donde el artista pudiese mostrar su psiquismo y, al mismo tiempo, como vía de escape y alivio. Desde esta perspectiva, el arte emprendió un camino que llegó a convertirse en un instrumento científico de aplicación terapéutica, gracias al nacimiento del arteterapia.

- Arte y vida, se integran para ser un instrumento de transformación social, a través de uno de los movimientos del Arte Contemporáneo, del legado del surrealismo, produciéndose una democratización del arte. La actividad artística, ya no sería exclusiva de unos pocos, sino un patrimonio común, ya que todos/as poseemos una carga de imágenes procedentes del inconsciente individual y colectivo, que a través de una serie de técnicas, se podría llegar a la auténtica transformación integral. El legado vanguardista, aportó una gran cantidad de técnicas plástico-visuales concebidas sobre aquellos estilos no aceptados académicamente por el arte occidental (arte primitivo, infantil, de los enfermos) donde primaba el proceso creativo, la búsqueda de la libre expresión para llegar al potencial sin inhibiciones. Esta herencia junto con las conexiones con la psicología, la sociología, la antropología, los *mass medias*, originaron nuevas fórmulas de expresión como: *Body-Art*, *Arte Conceptual*, *Fluxus*, *Land Art*, *Arte Póvera*, *Instalación Art*, etc. que se han integrado en la base del arteterapia, como formas de expresión ligadas a las funciones del proceso creativo con un fin psicoterapéutico. Las vanguardias ofrecieron posibilidades de poder explorar, experimentar, indagar en lo desconocido, jugar, modificar, alternar, improvisar, transformar ideas, tomar decisiones, actos fundamentales para posibilitar la transformación de emociones, así como, procesos relacionados a la recreación, y reelaboración de conflictos psíquicos en arteterapia.

7) Educación Artística y Pedagogía Progresista:

Otra de las aportaciones ha sido la influencia de la Educación Artística y la Pedagogía Progresista. La filosofía central de esta tendencia gestó la consideración artística como instrumento óptimo para el cultivo emocional del alumnado y el desarrollo de sus facultades creadoras innatas, mediante la realización de actividades plásticas, de carácter libre, en las que el alumno pudiese elegir de forma autónoma el material, el tema, la técnica, etc., sin unas pautas impuestas por el/la profesor/a. Desde esta perspectiva, se visibilizó la forma natural que tienen los niños/as de utilizar los medios plásticos para comunicar sus propios pensamientos, etc., que ya se observaba en ese valor que los artistas contemporáneo, crítico de arte encontraron en el arte patológico, en esa dimensión "naive" (como rasgo de autenticidad y pureza). Se revalorizó la autoexpresión. El hecho de proporcionar a los/as alumnos/as los recursos necesarios, para potenciar sus necesidades expresivas, podría promover su autoconfianza, su autoestima y una mayor identificación con lo que hacían. Se creía que la figura del maestro/a debía de favorecer el autodescubrimiento y la exteriorización de las emociones con una gran variedad de métodos y materiales que potenciasen el juego y la imaginación. Así mismo, muchos profesores con formación artística empezaron a introducir en la escuela los métodos y técnicas utilizadas por los artistas de la vanguardia. Esta corriente aportó componentes claves en el surgimiento del arteterapia, mediante sus métodos de trabajo en pro del crecimiento emocional y creativo del alumno/a a través del uso libre de los medios plásticos. Supieron vincular *"las técnicas de los artistas modernos, las concepciones educativas de la escuela progresista y las corrientes psicológicas del momento, sobre todo las teorías del Piaget y Freud, relacionadas con la evolución psicológica del niño/a"*. (López, 2010:83).

La enseñanza progresista logró difundirse por toda Europa. En EEUU cobró fuerza a partir de la década de 1930.

8) Las teorías de la Creatividad:

Por último, mencionar como otra clave indispensable para el nacimiento del arteterapia, las investigaciones sobre la creatividad y la obra de Victor Lowenfeld, *"El desarrollo de la capacidad creadora"* (1947).

El desarrollo de las investigaciones en este campo adquirió con el tiempo mayor fuerza hasta nuestros días, donde podemos encontrar estudios sólidos que validan la relación entre la creatividad y el bienestar psicológico. Por ejemplo, investigación sobre la creatividad, así como las definiciones teóricas, se han dividido tradicionalmente en cuatro ámbitos principales: el proceso creativo, el producto creativo, la persona creativa y el ambiente creativo (Sternberg, 1988; Dietrich, 2004; Torrance, 1993; Gutbezahl y Averill, 1996; Averill, 1980; Peterson y Seligman, 2004; Averill, 1999; Fredrickson, 2001; Ornstein, 2006; Metzl, 2008; Forgeard, 2013).

Todos los factores previamente mencionados dieron lugar al nacimiento en EEUU e Inglaterra del arteterapia, 1930-1940.

Tabla: Raíces Epistemológicas del arteterapia:

Ámbito psiquiátrico/ psicoanalítico	-Valor expresivo y comunicativo de las producciones plásticas de los pacientes. -Efecto terapéutico del proceso creativo.	
Ámbito artístico	Arte Contemporáneo y Vanguardias	La obra y su proceso de creación se convierten en un medio de proyección subjetiva. Importancia dada al fomento de la desinhibición y la creatividad.
	Educación artística/ Corriente Expresiva/ Pedagogía Progresista.	Su papel en la educación emocional mediante la autoexpresión creativa.
Creatividad	Investigaciones en el campo de la creatividad y la salud.	Campo que analiza el valor terapéutico del desarrollo de la capacidad de la creatividad, como un desencadenante para alcanzar un bienestar integral (bio-psico-social) del ser humano.

6.2 Desarrollo del arteterapia: definición del concepto y creación de la profesión:

El arteterapia nació en Estados Unidos y en Inglaterra durante la década de los treinta hasta los años sesenta, comenzó a construir su propia autonomía disciplinar, nutriéndose de una gran afluencia de enfoques de la Creatividad, Psicoanálisis y Pedagogía Progresista, pero al mismo tiempo, desvinculando progresivamente su práctica de la educación artística, la terapia ocupacional y a las actividades plásticas.

En EEUU emergió como profesión en los años 30, de personas formadas en arte y en psicología, como Margaret Naumburg, Edith Kramer y Florence Cane, y de tradición psicoanalítica, principalmente. Naumburg creó una escuela en donde se estimuló la expresión creativa, el aprendizaje automotivado y el desarrollo emocional. En 1947 publicó "*Free Art Expression of Behaviour Disturbed Children as a Means of Diagnosis and Therapy*". La autora daba una importancia a la imagen y al proceso creativo como canal de expresión inconsciente que hacía que posteriormente, esas expresiones/sentimientos/bloqueos se verbalicen y/o normalicen. Para Naumburg (1947) la técnica del arteterapia se basa en el reconocimiento de que cada individuo, haya sido enseñado o no en las artes visuales, tiene una capacidad latente para proyectar sus conflictos interiores en forma de elementos visuales, al tiempo que los pacientes mostrasen esas experiencias interiores sucedía que podrían inherentemente articular mejor verbalmente lo que les sucedía.

Su hermana Florecen Cane, vio el arte como una forma de discurso simbólico, y desarrolló métodos para liberar a la expresión artística y diferenciar los dos campos de saber de arteterapia y educación artística como métodos de psicoterapia y pedagogía.

Edith Kramer trabajó con niños y preadolescentes difíciles, con terapia a través del arte como meta de crecimiento de la personalidad y rehabilitación, y es quien comenzó los estudios de arteterapia en la universidad de EEUU. Kramer se centró más en el arte como terapia y en sus escritos señalaba el gran valor terapéutico de la creación artística en sí misma. El trabajo que ella realizó con sus pacientes se centró más en la activación de los procesos psíquicos durante la creación, que en la interpretación de esos procesos (López, 2006). A Kramer (1971:16) le interesaba fundamentalmente, observar cómo los conflictos podían ser trasladados a través de la creatividad *"de sus estrechos confines"* de la vida personal al *"amplio mundo de la imaginación y la aventura"*. Para la autora *"el arte es un medio para ampliar el alcance de las experiencias humanas mediante la creación de equivalentes de esas experiencias"*.

Tanto Kramer como Naumburg señalaron en sus textos que los cambios en arte preceden con frecuencia a los cambios del carácter (Rosemberg, 2003).

En el Reino Unido, el arteterapia comenzó con el pintor Adrian Hill, quien, estando convaleciente en un sanatorio después de haber sufrido de tuberculosis, al encontrarse el tiempo demasiado largo se puso a dibujar y se dio cuenta hasta qué punto esta actividad le ayudó a recuperarse. Después de su curación, su médico le pidió ir en ayuda de los otros pacientes con taller de pintura, lo que marcaría el momento crucial de su vida. En 1943 publicó *"El arte como ayuda en la enfermedad"*, 1º publicación sobre el arte como terapia y libro escrito por un artista y en 1945, *"Arte versus enfermedad"*. En este último libro Hill pretendió haber creado el término de arteterapia para describir su trabajo. Más tarde, junto con otros artistas en Comité de arteterapia, para estudiar cómo se estaba desarrollando en Gran Bretaña, donde se practicaba casi únicamente en hospitales. Y en 1946, Edwar Adamson, fue el 1º artista al que se le contrató a tiempo completo en un hospital en Gran Bretaña.

La profesión del arteterapia encontró reconocimiento dentro del sistema sanitario en Inglaterra, gracias al movimiento asociativo que se produjo en la década de los sesenta y setenta. Se crearon asociaciones, desde donde se impartió una formación académica y se publicaron las evidencias de la práctica del ejercicio de intervención de la profesión.

En los años 60 hasta finales de los 70, se generó una serie de acontecimientos históricos que favorecieron la expansión del arteterapia desde sus múltiples perspectivas. El ámbito de la psicología clínica experimentó una gran expansión. La psicoterapia, hasta entonces monopolio de los médicos psiquiatras, pasó a ser un campo de trabajo de los psicólogos. Se difundieron diversas orientaciones psicoterapéuticas, entre las que se puede destacar la Corriente Humanista. Desde este enfoque, ser creativo implicaba una forma especial de estar en el mundo íntimamente relacionada con la autorrealización y el bienestar. También se experimentó un auge de las investigaciones psicoterapéuticas dirigidas a grupos. Autores como Bion, dieron a conocer sus hallazgos sobre los Supuestos Básicos, recogidos principalmente en su libro de *"Experiencias de Grupo"* (1947), con una gran repercusión entre estos autores: Foulkes, (1957); Grinberg, Langer y Rodrugué (1957); Pagés, (1968); Sbandis, (1973); etc. Surgió en EEUU una corriente paralela, con los métodos basados igualmente en el psicoanálisis grupal, formada por Slavson (1976), Whithaker y Lieberman (1965), Schwart (1967). Otra figura destacable fue la del argentino Pichón Riviere, pionero en Psicología Social y creador de los grupos operativos centrados en la tarea, con la finalidad de resolver las dificultades que pueden surgir en un grupo a la hora de llevar a cabo un trabajo concreto.

Nos encontramos en un contexto histórico muy prolífero que posibilita de tal modo, que el arteterapia empezase a tomar una posición estable. Aparecen las primeras asociaciones a nivel nacional de arteterapia. La necesidad de aunar criterios, para conseguir el reconocimiento disciplinar y profesional, tanto en EEUU como en Inglaterra. Aunque este proceso que ha sido tan fructífero y favorable en estos países, no se dio de igual modo en España que por diversas razones, aún no se ha conseguido el reconocimiento de la profesionalización de la figura del arteterapeuta.

Encontramos como primeros referentes en este campo, la tesis doctoral de Merino (2000) *De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España, 1917-1986-* (2000), en donde aportó una visión bastante ilustrativa de las razones por las cuales el arteterapia tuvo un desarrollo más tardío en España. El autor señalaba que por un lado, las raíces epistemológicas del arteterapia en los países pioneros desde los ámbitos psiquiátricos, educativos y artísticos, ocurrieron con menor intensidad dentro de España. Por otro lado, el impacto del arte psicopatológico que se produjo en otros países, se ha concebido desde un enfoque clínico más que como una expresión de enfermedad o una forma de psicoterapia artística. Dentro del ámbito psiquiátrico tampoco se recogieron experiencias sobre el uso expresivo y lúdico de las actividades aportadas desde la educación artísticas por la corriente expresiva, ni tampoco discurso que reivindicasen el valor de las obras de los enfermos mentales como sucedió con Jean Dubuffet y en Art Brut. Por último, el arte psicopatológico no tuvo tanta repercusión en el ambiente de las Vanguardias Artísticas españolas, así como, no se registraron tampoco, grandes colecciones sobre expresiones gráficas realizadas por enfermos mentales hasta los años 60. A todo ello, se le puede añadir, la no institucionalización del psicoanálisis, las deficiencias en el sector de la asistencia psiquiátrica hasta los años 70 y el ambiente conservador en la introducción de innovaciones que dificultarían la aparición del uso del arte como terapia.

El arteterapia evolucionó como disciplina gracias a la labor asistencial y educativa de los pioneros y fue posible, gracias al establecimiento de las asociaciones profesionales BAAT y AATA. Dichas asociaciones ejercieron y ejercen como colegios profesionales para una correcta práctica clínica. (López, 2010).

El arteterapia en España como profesión es un evento reciente. Nació en un contexto académico reconocido a finales de los noventa con la ventaja de tener el trabajo realizado durante décadas fuera de nuestras fronteras. En el 2002 se registraron la Asociación Española de Arte Terapia. La finalidad de dicha asociación fue actuar como un colegio profesional regulando la práctica clínica y la enseñanza de arteterapia y equiparándola a la de aquellos países en los que la profesión ya está establecida.

Desafortunadamente, existe mucho intrusismo en España con la profesión del arteterapia, haciendo uso del término por profesionales que no están formados en este campo, para definir prácticas que se utiliza indistintamente y para describir formas de trabajo dispares y en ocasiones contradictorias u opuestas.

Principalmente podemos encontrar las siguientes prácticas

1. Labor Terapia: El fin se orienta al aprendizaje de habilidades y técnicas artísticas concretas para producir unos objetivos determinados previamente. La principal diferencia con el arteterapia, es que se dedica a trabajar a un nivel consciente con el propósito de desarrollar las técnicas de fabricar productos con métodos más compatibles a los de la enseñanza.

2. Educación artística: Su finalidad es fomentar el desarrollo de capacidades artísticas y estéticas.

3. Educación Social/Terapéutica: Pretende la mejora en la situación individual y social de la persona, de cara a una mejor inserción social. La principal diferencia con el arteterapia reside que trabaja a un nivel consciente y no promueve la toma de conciencia de material reprimido e inconsciente.

4. Terapia artística: Acompaña a una persona con dificultades en un proceso creativo que resulte terapéutico.

5. Psicoterapia a través del Arte/Arteterapia: Su objetivo es una mejora en la salud mental del individuo.

Desde estos postulados podemos encontrar:

Educadores o monitores: utilizan las artes plásticas como herramienta para que sus pacientes desarrollen su creatividad en lo que se podría definir como un marco ocupacional, priorizando el valor en el fin, en el objeto resultante más que en el proceso como ocurre en arteterapia.

Educadores artísticos, psicopedagogos y maestros: trabajan desde un encuadre educativo utilizando las artes visuales para ayudar el abordaje de ciertas problemáticas y dificultades, pero no analizan la relación que se establece entre la persona con la obra y el educador, psicopedagogo, maestro. Hacen uso de las obras creadas como un medio para orientar su setting de trabajo.

Profesionales del área asistencial: psicólogos, psicoterapeutas y psicoanalistas que utilizan los medios artísticos como una herramienta en psicoterapia.

Existen algunos profesionales que habiendo cursado una formación de postgrado en arteterapia trabajan desde un marco teórico que viene informado por los desarrollos internacionales de los últimos años en arteterapia. Y en esta posición es clave el concepto de "triángulo terapéutico" desarrollado por Shaverien (1989) en "Pictures at an Exhibition", en donde desarrolla el concepto del triángulo terapéutico para diferenciar entre arte como terapia, arte en terapia y psicoterapia analítica por el arte.

En el vértice superior del triángulo situamos a la obra, en los dos inferiores, el cliente y el/la arteterapeuta por el otro. Según se establezcan las relaciones entre los tres vértices tendremos una forma u otra de aproximación. En esta relación triangular existiría vinculación entre los tres factores, a veces pueden activarse dos de ellos y otras veces los tres de manera simultánea. La importancia de esta relación en arteterapia como elemento diferenciador a otras modalidades ha sido frecuentemente señalado por Case (1990); Schaverien, (1990, 2000); Wood, 1996).

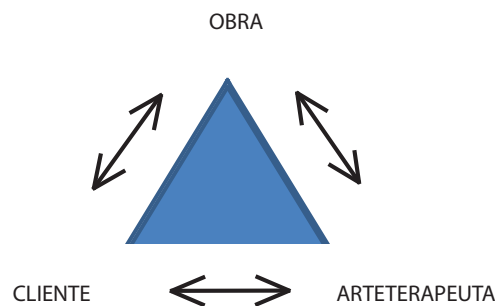


Figura 6.2.1 adaptación del esquema desarrollado por Schaverien (1989,1990, 2000) sobre los elementos claves de intervención en arteterapia.

Podríamos diferenciar entre:

1. El arte como terapia:

El vértice que se activa es el que une imagen y paciente. La idea prevalente en esta forma de trabajo es que la actividad artística posee cualidades terapéuticas en sí misma, que se movilizan y se activan en la interacción entre el paciente crea el objeto artístico.

Desde esta orientación no se tiene en cuenta el efecto que pueda producir la presencia del terapeuta en la sesión o el efecto que determinada imagen pueda suscitar en el terapeuta, ni se analiza el vínculo relacionar, ni las dinámicas latentes, entre paciente, terapeuta y obra. Fuera de España a esta forma de trabajo no se le consideraría arteterapia, el nombre que se usa para describirla en Inglés es el de *"Arts and Healing"* (arte y curación), (Toscano, 2005).

Encontramos numerosos ejemplos de ella en España: en talleres de arte en centros de salud mental, en instituciones para discapacitados, centros geriátricos, escuelas especiales, etc. En muchos lugares se consideran estos talleres como una terapia ocupacional a la que a menudo se denomina erróneamente como arteterapia, generando confusión y distorsión de la práctica real de esta disciplina.

Para trabajar desde esta perspectiva hay que tener conocimientos suficientes en artes visuales y poseer la sensibilidad y empatía para trabajar con personas vulnerables.

2. El arte en terapia:

En esta modalidad de trabajo, el vértice que se activa es el que une a paciente y terapeuta. Desde esta posición el objeto artístico se utiliza para ilustrar contenidos verbales o para facilitar la expresión de estos por medio de la palabra. A diferencia de lo anterior, esta forma de trabajo es una forma de psicoterapia porque utiliza encuadres psicoterapéuticos para orientar su setting de trabajo.

La respuesta estética del terapeuta frente al objeto artístico de su paciente no se tiene en cuenta desde esta aproximación, así como, tampoco se tendría en cuenta la dinámica intrapsíquica implícita en el proceso de creación o en el objeto resultante.

Fuera de España no se considera arteterapia a esta forma de trabajo aunque utilice medios artísticos, de la misma forma que tampoco se consideraría psicoterapia cualquier relación asistencial por el hecho de que utilice el lenguaje verbal.

Es habitual encontrar psicoanalistas de orientación Junguiana que anima a sus clientes a utilizar medios artísticos para expresar sus emociones. También lo encontramos entre psicoanalistas de la Escuela de Relación de Objetos que trabajan con niños y finalmente entre psicoanalistas de orientación Humanística como la Gestalt. A excepción de la Gestalt, los psicoterapeutas que utilizan el arte en las sesiones no se consideran a ellos mismos como arteterapeutas (López, 2010).

Para trabajar desde esta segunda perspectiva es necesario poseer una formación en psicoterapia y a poder ser, conocimientos suficientes en artes visuales.

3. El arteterapia o psicoterapia por el arte:

Es la que se entienden en inglés por Art Therapy o Art Psychotherapy. Estos dos términos sinónimos se utilizan indistintamente en países donde el arteterapia está establecida, como es en la mayor parte de países anglosajones (USA, UK, Irlanda, Canada, Australia, etc.) y también en otros lugares como Israel, Finlandia, Suecia, Holanda, Hungría, Suiza, Austria, o Alemania.

Desde esta posición se entiende el arteterapia como una forma de psicoterapia en la que en momentos distintos del proceso terapéutico se activaran unos u otros vértices indistintamente a lo largo del proceso psicoterapéutico, o los tres de manera simultánea. El encuadre terapéutico o setting viene dado por la teoría del arteterapia.

Dicha teoría nos habla de niveles de psicoterapia para diferenciar las distintas formas de intervenir del terapeuta en un momento u otro del proceso.

Omenat (2006) señaló diferentes niveles de intervención, según la profundidad que requiera la situación en el proceso arteterapéutico:

4) Contención y comunicación: el objetivo principal es disminuir los efectos de la enfermedad, facilitando la comunicación y la interrelación con los demás pacientes, en un marco donde sea posible la creación de un foro existencial de abordaje de sus problemáticas dentro de un espacio sostenedor y de contención, marcado por la empatía. Son intervenciones que ayudan a desarrollar aspectos relacionados que humanicen. Los contextos óptimos u posibles de aplicación serían en áreas de salud mental con enfermos crónicos graves, adultos o niños.

5) Apoyo y acompañamiento: No se dirige a la resolución de conflictos profundos. Se pretende mejorar la calidad de vida del paciente, ayudándole asumir su enfermedad y las limitaciones que conlleva, a través de un espacio favorable para el diálogo donde compartir poder expresar los sentimientos asociados a la enfermedad. Sería apropiado para enfermos crónicos con limitaciones más o menos graves, cuidados paliativos, cirugías traumáticas, etc.

6) Resolución de conflictos: Se centraría en el abordaje de la elaboración de angustias, confusiones, temores generados por el conflicto con un fin de aminoramiento de los síntomas del/la paciente. Puede ser especialmente útil para tratamiento con víctimas que han sufrido un suceso traumático (accidentes, agresiones, abusos, conflictos bélicos, etc), en proceso de duelo, con enfermos drogodependientes, etc.

7) Orientados al cambio: son trabajos profundos, que requieren un tiempo prolongado, y que trabajan desde el abordaje de las causas iniciales del problema. A través de la transferencia, posibilita al/la arteterapeuta recoger información de las primeras relaciones vinculares, como información clave para poder pensar en el sufrimiento y puntos de anclaje de la subjetividad de la persona implicada en el taller de arteterapia. Esta repetición facilita la comprensión del origen de las mismas (Freud, 1981), ofreciendo la posibilidad de poder explorar más profundamente los traumas y conflictos que están en la base de los síntomas. Podría ser tratamientos muy oportunos para pacientes adultos con una estructura secundaria configurada, comportamiento neurótico y depresivo.

En este marco se tiene en cuenta la respuesta estética del terapeuta frente al trabajo de su paciente, el vértice que se activaría: objeto artístico-terapeuta-participante, a diferencia de las anteriores. Se entiende que la respuesta estética del terapeuta forma parte de la "contratransferencia", es decir de las proyecciones inconscientes que el paciente deposita en el terapeuta y en consecuencia, puede ser utilizado para comprender en mayor profundidad la dinámica de la relación entre terapeuta y paciente y también se trabaja con la posibilidad de que en ciertos momentos del proceso sea necesario activar únicamente el vértice paciente-obra-artística, es decir, dejar al paciente trabajando con su obra con poco o sin intervención por parte del terapeuta (Toscano, 2005).

Según los criterios de las asociaciones nacionales mencionadas, para trabajar desde esta posición profesional, es necesario haber realizado un análisis o psicoterapia personal así como poseer una formación completa en arteterapia.

6.3 Fundamentación del arteterapia y los beneficios para las personas que sufren fibromialgia:

Hablar del arteterapia supone hablar de procesos que desencadenan “posibilidades”, “nuevas vías” para la construcción, reconstrucción y ampliación de la subjetividad mediante la transformación de emociones que han sido transferidas o proyectadas en la materia. La práctica de esta terapia permite la toma de conciencia de material reprimido, abriendo caminos alternativos a lo patológico, actuando como desencadenante de la construcción y ampliación de la subjetividad, en ese espacio en donde se teje lo más propio de uno/a mismo/a con su creación.



Figura 6.3.1. Autora (2013) Caminos y Posibilidades. Óleo y acrílico sobre lienzo, 1,30 cm alto X 2 cm ancho.

Rodulfo (2015:18) estableció tres espacios fundamentales en los que se estructura la subjetividad, los “apostamientos de la subjetividad”:

-El cuerpo del vínculo fundante. Cuerpo a cuerpo, el cuerpo donde él bebe se ancla y siente su cuerpo cuando se toca con otro cuerpo.

-Estadio de espejo. Cuando él bebe se reconoce a sí mismo en la mirada de la figura cuidadora, que le inviste, le devuelve el reflejo de su propia imagen.

-La hoja en blanco. Entender la hoja en blanco como un soporte donde poder construir. También podría equivaler al “espacio transicional” denominado por Winnicott (1965), como ese espacio donde circula la comunicación inconsciente.

Se podría contextualizar esa “hoja en blanco” dentro del contexto de la psicoterapia, como la posibilidad para la construcción del psiquismo o lo que Winnicott denomina, la subjetividad a devenir.

Este tercer lugar de asentamiento de la subjetividad denominado por Rodolfo (2015), expuso en sus teorizaciones que el bebé se construye mientras habita los espacios mencionados. Mediante el material genético, el cuerpo materno, el estadio del espejo, el niño va formando cuerpo en su ocupar estos lugares, ya no solo en cuerpo-carne biológico sino en subjetividad, como operaciones donde el niño va construyendo lugares donde vivir. Operaciones de continuidad existencial según Winnicott (1965).

Paradójicamente él bebe se construye en ese habitar espacios con el Otro y del Otro, en esa interacción construye y habita su espacio, como marca de identificación y salud mental.

Las terapias expresivas no verbales: teatro, arte, baile, música, etc., todas ellas desde un trabajo de manera aislada o en una aplicación interdisciplinaria facilita la acción expresada por Rodolfo en la definición de "hoja en blanco" como soporte desde donde poder construir con colectivos como el de la fibromialgia que presentan altos grados de despersonalización, fragmentación en la subjetividad, respuesta de somatización y enfermedades funcionales. Facilita el contacto de ellos/as mismos/as desde lugares no establecidos o fijados favoreciendo, entre otras características a mencionar, la reactualización de los objetos internos y por consiguiente, la reactualización de su vinculación con los otros y con el mundo.

6.3.1 Arteterapia, Creatividad, trauma y fibromialgia:

Se puede encontrar una abundante literatura en el campo de la creatividad en el arteterapia, como medio de abordaje del trauma y de los efectos post-traumático, como a continuación se visibilizará:

Cada especialidad de psicoterapia creativa favorece la estimulación de unas áreas del cerebro que permiten crear puentes entre las sintomatología y patologías con otras áreas que al estimularlas y dentro de una orientación terapéutica permitirán a las/los participantes poder construir recursos propios y herramientas óptimas desde la singularidad de su síntomas para autogestionar mejor sus emociones y ampliar su subjetividad a devenir, en una orientación de cura hacia una integración ínter subjetiva entre el cuerpo y la mente, y en una reelaboración de los vínculos de su relación en el entorno que habita, con los otros y consigo mismo.

Recientemente, avances en neurobiología y psicoterapia (Appleton, 2001 y Chapman et al, 2001; Brett & Ostroff, 1985; Haward, 1990; Klorer, 2000) han informado positivamente del uso de la práctica de arteterapia, cuando la psicoterapia verbal no ayuda a los participantes; y en la mejoría de la calidad de vida (Monti et al, 2005) y enfatizando las conexiones entre cuerpo y creatividad (Monti et al, 2005).

La creatividad puede contribuir al florecimiento humano. Desde la perspectiva de la psicología positiva, la creatividad es una de las veinticuatro fortalezas de carácter que permiten un próspero desarrollo humano (Dahlsgaard et al., 2005), y se clasifica en fortalezas cognitivas que implican la adquisición y uso de conocimientos en las fortalezas de caracteres y virtudes descrito en el Manual y Clasificación (CSV; Peterson y Seligman, 2004), que tenía como objetivo complementar el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) hacia una comprensión más equilibrada de la experiencia humana.

Así como, estudios demuestran que el arteterapia puede ser muy efectiva en personas que sufren efectos post-traumáticos porque la creatividad puede contribuir a la supervivencia humana. Desde una perspectiva psicológica, en el contexto del trauma de masa, la creatividad ha sido descrita como un mecanismo psicológico que apoyó la supervivencia. Las expresiones de la creatividad artística, como: escritos y pinturas que se encuentran en guetos y campos después del Holocausto, mostraron que las prácticas artísticas expresivas

ayudaron a hacer posible la supervivencia psicológica y apoyaron la futura recuperación de sobrevivientes del Holocausto (Ornstein, 2006). La creatividad se ha relacionado con los aspectos de la recuperación psicológica positiva de los individuos que han experimentado eventos traumáticos (Forgeard, 2013).

Un aspecto común que se ha observado en la mayoría de los casos de esta investigación con la literatura de la fibromialgia, es la existencia de un evento traumático como precedente al desarrollo de la fibromialgia.

La mayoría de las personas experimentan algún tipo de evento potencialmente traumático en su vida (Sledjeski et al., 2008), los estudios que utilizan una lista de los factores de estrés de calificación en base a los ejemplos en el texto del DSM-IV, han informado de las estimaciones de la exposición superior al 80% entre la población general de los EE.UU (Breslau, 2009). Del mismo modo, el 80,7% de una prevalencia de vida del trauma potencial se encontró entre la población general en el Netherland (de Vries y Olf, 2009), y la prevalencia del 84% de los eventos traumáticos fue encontrado en una muestra no clínica de los estudiantes universitarios, la edad que oscila entre 17- 49, de las cuales, un tercio reportó cuatro o más eventos traumáticos separados y 9% informó de 7 o más eventos (Vrana y Lauterbach, 1994). Los estudios que han evaluado la experiencia reciente evento traumático sugieren que hasta una quinta parte de los encuestados, según informan las experiencias traumáticas de eventos que ocurrieron en los últimos 1 a 3 años (Norris, 1992; Breslau, Davis, Andreski, 1995).

Experimentar un evento traumático puede activar un mecanismo conocido como la disociación (Barow y Freyd, 2009). La disociación es una alteración en las funciones que normalmente afectan a la identidad, la memoria, la conciencia y la percepción del entorno (American Psychiatric Association, 1994). Se pueden mencionar diferentes tipos de disociación: disociación peri traumática¹, persistente², la absorción³.

En la información recogida en las pacientes de esta investigación y contrastadas con la literatura, se evidencia como factor común en la mayoría de los casos un acontecimiento traumático en sus vidas que precede a la sintomatología de la fibromialgia.

Un acontecimiento traumático está definida por dos criterios que representan cualidades objetivas y subjetivas: 1) Un evento que involucra la muerte real o amenaza, lesiones graves enfrentado, o la amenaza a sí mismo o a otros, y 2) una reacción personal que involucra un intenso miedo, impotencia u horror (American Psychiatric Association, 1994). Algunos eventos traumáticos, como la violación, asalto, violencia presenciada o la muerte de algún ser cercano, pueden causar un trauma interpersonal, mientras que otros eventos traumáticos, como los incendios y guerras pueden causar traumas instrumental (Cromer y Smyth, 2010; Fink, Bernstein, Handelsman, Foote y Lovejoy, 1995).

Es importante destacar que los individuos se diferencian en sus respuestas a eventos traumáticos. Mientras que algunos no experimentan síntomas, otros muestran disfunción en diferentes niveles de gravedad, tales como síntomas de estrés postraumático (PTSS) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). PTSS se caracterizan por tres grandes grupos de síntomas que incluyen re-experimentar los síntomas (por ejemplo, el pensamiento de

1 Disociación peri traumática: Disociación peri se define como las reacciones disociativas que ocurren mientras se experimenta un evento estresante (Cardena y Spiegel, 1993).

2 Disociación persistente: Disociación persistente se define como la disociación ocurre en el momento de la evaluación y no en el momento del evento (Panasetis y Bryant, 2003).

3 Absorción: la absorción es la tendencia a experimentar episodios de atención total de, de mayor sentido de la realidad de la atención de los objetos queridos se centra en, la indiferencia hacia distractores y un sentido diferente de la realidad y de sí mismo (Tellegen y Atkinson, 1974).

intrusiones, pesadillas), síntomas de evitación (por ejemplo, evitación de estímulos asociados con el evento traumático, retraimiento social) y los síntomas de excitación (por ejemplo, hipervigilancia, reacciones de sobresalto aumentadas) (Blanchard, Hickling, Freidenberg, Malta, Kuhn y Sykes, 2004). PTSS puede contribuir al desarrollo de trastorno de estrés postraumático (Van der Ploeg y Kleber, 2003).

El arteterapia es especialmente útil en el campo del trauma, porque en un suceso traumático no se puede verbalizar el acontecimiento ocurrido a nivel verbal, ya que, experiencia traumática afecta al lenguaje no verbal, a la zona de la amígdala, impidiendo al sujeto comprender lo que realmente ha sucedido, y produciendo una fragmentación entre la memoria implícita y la memoria explícita. Los elementos sensoriales y emocionales, quedan grabados en la memoria no verbal (Van der Kolk, 2003), se registra en la mayoría de los casos en la memoria implícita (Rothschild, 2000).

Los traumas crean un estado de intensidad psicológica que se pueden activar por una experiencia sensorial, a través de imágenes, sensaciones del tacto, olores, y en raros casos por el tacto. (Rothschild, 2000 y Van der Kolk, 1994).

Existe una amplia documentación de investigación acerca del trauma en el cuerpo y en la mente; en una de las bibliografías donde podemos leer una definición del tema ha sido registrado en el Diagnóstico y Manual Estadístico del Desorden Mental 4th edición, (DSM-IV, 2000) "excitación persistente aumentada" (PTSD), en el sistema nervioso autónomo. A esto se le llama "memoria somática". (Rothschild, 2000 y Van der Kolk, 1994).

Uno de los postulados desde donde se parte en la psicoterapia creativa es que ciertas experiencias sensoriales concernientes a la memoria traumática no se pierden tras el paso del tiempo. Particulares emociones, imágenes, sensaciones, reacciones musculares concernientes al trauma quedan profundamente impresas en la psique y las impresiones traumáticas parece ser que se reescriben a un tiempo después del suceso traumático, sin una transformación o integración del mismo.

En ello podemos observar la dificultad para integrar lo no verbal concerniente al trauma, que mantiene a individuos con unos altos niveles de hipervigilancia, en un estado cognitivo que les impide tener una sensación de estar bien psicológicamente y físicamente.

El arteterapia puede ser eficaz para integrar diferentes funciones del cerebro y así mismo, ayudar a integrar experiencias (Mc Namee, 2003; Mc Namee, 2004 y Mc Namee 2005).

En arteterapia se interviene para que el individuo logre una vida humana "saludable", a través de una regularidad de las afecciones. Los afectos están unidos con un bloque psicológico desde las cuales, sentimientos, emociones y humores están conectados. (Omaha, 2004). En el curso de nuestras vidas, la mayoría de nosotros se expondrá a más de un evento adverso y este impacto será determinado por la habilidad a enfrentarse y regular los afectos de una situación angustiosa. Greenwald (2005) expuso que individuos que sufren un suceso traumático, conectarían con el trauma de dos maneras:

Un método adaptativo, en el cual, el proceso individual del suceso de estrés en un entorno de apoyo, se mueve a través de estados normales de pena y pérdida.

Un método no adaptativo, en el cual el suceso es empujado detrás de una pared para crear un desorden de las emociones y afecciones que lo causan. Tapado a la memoria, el trauma puede conservar su poder, incluso años después del suceso.

Desde la teoría de la práctica artística se entiende que todas las manifestaciones creativas: literatura, música, dibujo, escultura, danza, teatro, arte, etc., desempeñan un papel fundamental en la activación de la “memoria somática”. Por ejemplo la danza, arte y música (herramientas con las que se trabajan en esta investigación) cada una de ellas interfiere desde el lenguaje no verbal del cuerpo somatizado. La danza trabaja directamente con el cuerpo hacia el movimiento, activando el hemisferio derecho y el material límbico, mientras que el arte y la música activan el material no verbal hacia caminos sinestésicos y sensoriales (Lusebrink, 2004). El objetivo final de cada una de estas modalidades es ser un puente para que las personas puedan conectar emociones y sentimientos que habían olvidado (Klorer, 2005: 218). Lograr este objetivo requiere un uso adecuado de estas herramientas para hacer eficaz la integración cognitiva, emocional y memoria psicológica hacia funcionamientos positivos de adaptación.

Se va a ilustrar brevemente cómo funcionan áreas del cerebro, en miras a un mejor entendimiento de los procesos de formación del trauma y los procesos de aplicación de las psicoterapias creativas, filtrada la información por investigaciones que relacionan los estudios neurológicos del cerebro y las implicaciones del mismo con la creatividad.

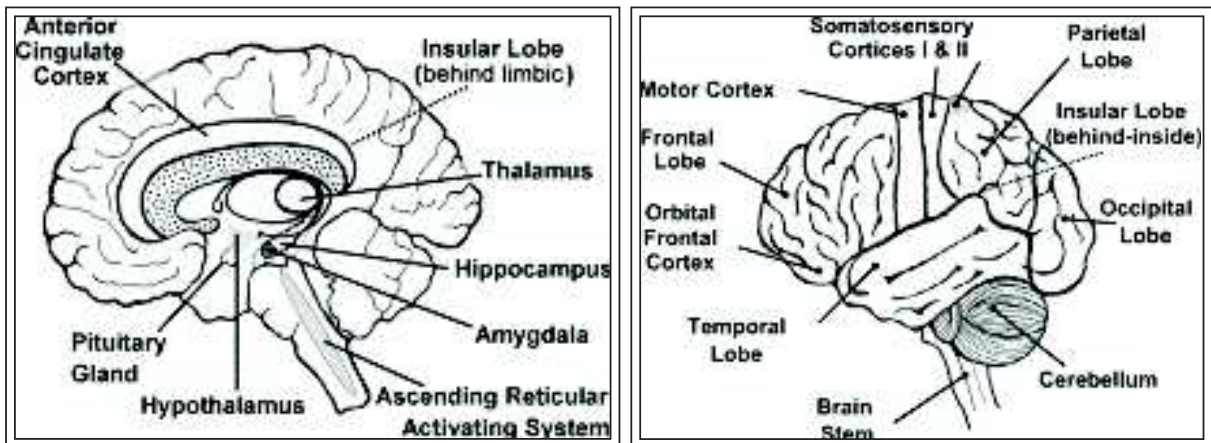


Figura 6.3.2. Cita visual literal Talwar (2006)

La memoria consiste en un depósito donde se retiene la información bajo circunstancias adecuadas. En esta última década un creciente cuerpo de investigadores ha establecido la importancia del sistema límbico, para entender la relación entre las emociones, la memoria y su relación con las formaciones traumáticas. (Rauch et al, 1994; Nadel y Jacobs, 1996; Rotischild 2000).

El sistema límbico conocido como “la base de las emociones”, guía del sistema central a un almacén y la recuperación de la memoria se encuentra en la amígdala y en el hipotálamo. El hipotálamo crea el mapa cognitivo de la experiencia, organizando nuestra memoria en su perspectiva y lugar correcto en una línea temporal de nuestras vidas. La principal función, es primero comparar sucesos de experiencias presentes con sucesos desde el pasado y segundo, actúa determinando el tiempo y cómo los sucesos son asociados. La memoria organiza los sucesos como experiencias con un inicio, intermedio y final. En los sucesos traumáticos, los mismos ocupan su propio lugar en la vida individual del sujeto y continúan a invadir en el presente, afectando a la integración de la experiencia y formándose la memoria traumática. Según Rothschild (2000), las experiencias están clasificadas por un sistema de memoria en el cual, las principales categorías son “explícitas” e “implícitas”. Cada una de estos sistemas de memoria distingue los tipos de información que están almacenados y como ellos pueden ser reactivado.

La memoria explícita, se generaliza en lo que para nosotros significa la palabra "memoria", también llamada "memoria declarativa", esto abarca conceptos, ideas, palabras en la forma de un lenguaje oral y escrita y ocupa el lado izquierdo del cerebro.

Cuando las pacientes en los talleres de arteterapia describen los contenidos de sus dibujos, dan hechos y opiniones sobre la familia y las relaciones de intimidad, están extrayendo dicha información de la memoria explícita. Su sistema de memoria ha conectado el hipotálamo para crear el mapa cognitivo de sucesos, y esto les servirá para poder ejecutar operaciones de ejecución más compleja, como solucionar problemas y en tareas de representación.

La memoria explícita permite contar la historia de uno, narrar sucesos, asociar significados con experiencias y construir una cronología de los sucesos.

La memoria implícita pasa a través del lenguaje y el pensamiento. Es una respuesta directa desde bases internas que están automatizadas y operan de manera inconsciente. También llamada memoria "no declarativa". Involucra procedimientos de aprendizaje y comportamientos, ejemplo: conducir una bici, dibujar, etc., todas las cosas que se realizan sin pensar involucran a la memoria implícita.

Levine (1992 citado en Wylies, 2004) expone que la "excitación persistente aumentada" (PTSD) puede ser entendida como una respuesta biológica congelada en el tiempo, entendiendo que los traumas bloquean al cuerpo.

Estudios en neuroimagen aplicados a personas que padecen traumas, han observado que la disociación aparece cuando a los participantes se les pregunta para que recuerden sus experiencias traumáticas. Se observó que el corte izquierdo frontal, el área de Broca, que es responsable del discurso, permanecía inactiva. Al igual que también lo permanecía el hemisferio derecho, alrededor de la amígdala, asociado con lo emocional (Rauch et al, 1994 y Bremner et al 1992). De estos estudios han deducido que la impronta del trauma no reside en lo verbal, en la parte analítica del cerebro, sino que se ve afectado el sistema límbico y la región no verbal del cerebro que se activan en el procesamiento del pensamiento y en la parte cognitiva.

Van der Kolk (2003 en Talwar 2006) afirmaba *"cuando las personas reviven sus experiencias traumáticas el lóbulo frontal se deteriora y como resultado, tienen problemas en el pensamiento y lenguaje. Pierden la capacidad de poder comunicarse a ellos mismo o a otras personas, tapando lo que hay más allá o lo que deviene sin elaborar"*.

Atendiendo a las observaciones extraídas desde las investigaciones en el área de neuroimagen, el arteterapia actuaría como una herramienta muy útil para conectar las áreas del cerebro relacionadas a lo emocional y aquellas que involucran la comunicación no verbal que se encuentran inactivas, congeladas o bloqueadas, y actuar como desencadenantes en un favorecimiento para la construcción de puentes entre la inactivación de las parte del cerebro que se han mermado por los efectos traumáticos, y así mismo, se intenta introducir un factor de intervención consciente que permita a los pacientes ver momentáneamente que es lo que hay en su mente.

Los estudios en neuropsicología arte y PTSD (excitación persistente aumentada) que se han citado, presenta hallazgos significativos para los arteterapeutas para poder acceder a la memoria traumática a través de la creación de la imagen, y/o uso del proceso creativo y de la creación de obras para que las participantes puedan revivir experiencias concretas, para lo cual los recursos técnicos pueden ser de los más variados, y librados a la creatividad del terapeuta y paciente, por ejemplo: traer fotos de la infancia, vídeos, cartas, materiales. etc.,

de las reuniones familiares, por mencionar algunas posibilidades, porque eso crea una conexión emocional particular con el recuerdo. Se ha podido demostrar que la práctica del arte involucra los hemisferios del cerebro que acceden a la memoria y en el procesamiento de las emociones. El lado izquierdo es responsable del lenguaje, discurso, pensamiento cualitativo y proceso secuencial, pensamiento analítico, procesos de narrativa creativa (Mc Namee, 2004; Mc Namee 2005). El lado izquierdo ofrece una explicación al lado derecho mediante la forma de una imagen creada. El hemisferio derecho conecta con la actividad visual, intuición, emoción, cuerpo sensorial, destrezas automáticas y los procedimientos involucrados en lo que llamamos creatividad (Bogousslavsky, 2005). Está directamente conectado a la región subcortical del cerebro, tales como el tallo del cerebro, donde también se encuentra la información no verbal, aspectos creativos que pueden ser evocados en los talleres de arteterapia durante el turno de palabra, donde se les pide a los participantes que hablen sobre el proceso de la elaboración de la obra y sobre aspectos que asocian o le evocan la obra. Para poder integrar las experiencias traumáticas, existe una dependencia a la estimulación bilateral del lóbulo frontal, especialmente dentro del corte prefrontal.

Menéndez (2009: 161) decía que *“el arteterapia hace más conscientes las carencias (y ambivalencias) emocionales, estimula la simbolización y proporciona un encuentro para la reflexión, el diálogo y la expresión a niveles muy profundos y significativos, poniéndolas en relación con sus propias biografías y huellas traumáticas”*.

Las terapias expresivas no verbales tales como el arte, danza, música, poesía, y drama, todas activan las regiones subcorticales del cerebro y acceden a la memoria pre verbal. Cada una de estas modalidades de artes creativas es una herramienta muy útil para la estimulación y acceso a la memoria somática, teniendo en cuenta que cada una de estas modalidades estimulará los hemisferios derecho e izquierdo y los recuerdos del material emocional traumático en diferentes caminos. Mientras la memoria implícita puede ser accedida a través de todas las terapias expresivas, cada modalidad está altamente especializada en su entrenamiento y en como direccionar e integrar el material emocional.

En el ATTP (Protocolo del trauma a través del arteterapia, prácticas y bases teóricas), señalan que la propuestas están diseñadas a direccionar lo no verbal, la memoria somática del trauma usando los lados derechos e izquierdos del cerebro, mediante métodos basados en un modelo de funcionamiento adaptativo positivo. Proponen que cada individuo tiene la habilidad innata de construir resoluciones adaptativas a experiencias negativas y a integrar esquemas emocionales positivos y negativos. Creen que el trauma bloquea el funcionamiento normal adaptativo que mediante AIP (Información adaptativa del sistema del procesamiento), automáticamente se restaurará.

Con ello, arteterapia posibilita la estimulación de la memoria somática, y crear conexiones entre la memoria implícita y explícita, favoreciendo de tal modo, procesos de integración, que ayuda a la persona a construir nuevas narrativas desde donde poder contar su novela familiar y nuevos sentidos que le ayudan a posicionarse en sus relaciones con el otro desde una posición menos condicionada por la activación transferencial de los objetos internos, de los efectos traumáticos y más acorde a posiciones más esclarecedoras de sus capacidades “sanas” e identificación de sus necesidades propias.

También, otro rasgo que se ha encontrado común en una mayoría de los casos de la investigación y que existe nexos con los casos de la literatura (Cigarán, 2004/2011), es un vínculo fallido con uno de los objetos primarios, habitualmente con la función materna.

Arteterapia ha sido frecuentemente recurrida como un método que constituye los procesos primarios (Krammer, 1958; Levick, 1975; Naumburg, 1966 y Rubin, 1984; Ulma y Dachunger, 1975:2) *“estando visible o accesible lo no verbal en la producción de imágenes creativas”*.

Desde el enfoque psicosomático desde donde se está abordando este trabajo con colectivos que padecen fibromialgia, se podría decir que la creatividad de un paciente con estas características, primero manifiesta una forma física, inconsciente y pasiva. A través del arte, el Self inicia una actividad creativa hacia la curación, forma activa que incluye al cuerpo pero no le afecta orgánicamente. Y puede ser conscientemente transformado al mundo exterior y unido a los materiales de arte.

Winnicott, en la definición que da sobre el "espacio potencial" (1985), lo describe como un proceso donde se da lugar a la relación entre el cuerpo y el alma, conectando el mundo interior con la realidad exterior. Para Winnicott el tema central de esta relación descansa en la investigación de la representación de símbolos interiores y exteriores y la manera de expresarlos en una estructura visual.

Dalley (1984) definía la creatividad como la capacidad de poder hacer que exista algo nuevo en la persona, la posibilidad de construir nuevas dimensiones de sí mismo/a. Esta capacidad sería la que proporcionaría su potencial fuerza terapéutica.

Dennecker (1991), en su trabajo de intervención en arteterapia con mujeres con fibromialgia y Reumatismo posibilitó un cambio en el proceso muscular del cuerpo, a través de cambiar la percepción del dolor, prestando una especial atención a la relación entre los músculos y la mente.

La autora fundamentaba en su trabajo, que la naturaleza de los procesos creativos es más o menos una exploración consciente del material físico, que eventualmente se convierte en una representación en forma visual, permitiendo ver de manera momentánea en el "aquí y ahora" a la persona que lo crea, lo que acontece en su inconsciente. Los contenidos son traídos junto con una estructura cognitiva y estética para construir el nivel de las formas desde donde parte el lenguaje del arte. Al inicio de la terapia, el conflicto es proyectado al material, transformado en un modo de expresión. Los/as participantes que sufren procesos psicosomáticos/as habitualmente, prefieren convertir el problema en algo físico más que integrarlos. Cuando tiene otras opciones, suelen evitar los caminos psíquicos, pero el hecho de realizar una práctica arteterapéutica tiene unos efectos internos más allá de la construcción verbal que el sujeto pueda desplegar a través de la observación de sus obras. Por ello, el arteterapia se presenta como una herramienta muy potente, porque no es necesario la verbalización para abordar material inconsciente y llevar a cabo procesos de integración psíquica. La diferencia del arteterapia a otros modos de psicoterapia y psicología es que posibilita beneficios más allá de la elaboración verbal, trabajando las dos vías: verbal y no verbal y proporcionando a las pacientes un modo de conectar con sus emociones de una manera menos amenazante a la palabra, proporcionando un espacio sostenedor que respeta el ritmo propio de cada persona para trabajar su dolor y que el mismo posibilita proceso de ampliación y construcción de subjetividad que permiten la reelaboración del material inconsciente. Ese espacio donde se teje la experiencia singular que acontece en la vinculación personal e intransferible del sujeto con su proceso creativo y del sujeto con el terapeuta.

En un trabajo arteterapéutico, las imágenes cobran una importancia por sí solas como comunicadoras por sí, sin la necesidad del uso de la palabra para explicarlas. Una de las características de la producción de símbolos en imágenes es que no se las puede interpretar con un discurso cronológico y organizado de lo que se ha proyectado, sino que las formas, colores, actitudes frente a la materia, elementos y otros numerosos factores que intervienen en el proceso creador son altamente significativos como comunicadores de la impronta esencial de las/los participantes desde todo aquello que no se puede nombrar o que no se ha elaborado. El objeto resultante sobre el cual se interviene devuelve algo a ellas/ellos, es una expresión formal producto de todas las acciones efectuadas sobre el material, producto del acto que como muchos actos afirma la expresión del Yo.

En los talleres de arteterapia hay una parte del taller que se dedica para hablar del objeto,

pero no se debe perder de vista que el objeto creado es una expresión completa del sí mismo. Dalley citando a Chamemrnowne (1971: 141) decía que “...la forma artística posee una validez que le es propia y efectuar una traducción desde uno u otro lenguaje por fuerza implica pérdidas o errores...”.

La imagen muestra significaciones sin fijarlas y la/el participante puede sentirse menos amenazada/o que con interpretaciones verbales que lo implican directamente. La imagen es más directa pero también permite más “escondites”, por donde poder abordarla en los talleres desde la metáfora. La imagen es significativa por ella misma sin necesidad de una interpretación.

Otros beneficios de la aplicación del arteterapia con el colectivo de fibromialgia ayuda a desarrollar y valorar todos aquellos aspectos que consideramos de gran importancia en la educación integral: las relaciones interpersonales, el bienestar personal, la autoestima, la comunicación y el auto-conocimiento (López, 2006; Marín, 2009).

En las sesiones se toman decisiones, se conocen y controlan las emociones, se asumen responsabilidades y se reflexiona, en definitiva, se toma las riendas de la vida y el control que les permita vivirla como propia.

A partir de la creación pueden aumentar el conocimiento de sí mismas y de los otros, ayudarse a hacer frente a los síntomas, al estrés y las experiencias traumáticas, a reforzar las habilidades cognitivas, y a disfrutar de la vida autoafirmada gracias a la realización artística.

Finalmente, otro factor interesante a mencionar, tiene relación a la investigación que Mondéjar (2015) está desarrollando, donde explora el reconocimiento y el psiquismo humano desde su propia disciplina, entendiendo la salida creadora como un esfuerzo por apuntalar lo traumático que la origina y que le sirve de materia prima, para postular que la especialización del creador en la elaboración de una obra funcionará posteriormente como una suplencia, una suerte de estabilización integradora que la autora ha llamado *Función autor*. La disociación funcional del creador actúa como elemento reparador del psiquismo dañado, produciendo una suerte de neogénesis que restaura los déficits que lo traumático impuso en el sujeto. La Función autor funciona además como acompañante psíquico, al modo en que Sloterdijk la formula en su obra: una sombra nutricia que está presente y a disposición del sujeto, sosteniendo su vulnerabilidad. La salida creadora según la autora, habla de un sujeto tempranamente herido, pero poseedor, al mismo tiempo, de una energía psíquica capaz de llevar a cabo un singular proceso de reparación. Mondéjar (2015) define el proceso creador como “una maldición que salva”, porque posibilita a la persona conectar con aspectos de su subjetividad relacionados a etapas muy tempranas, donde el sujeto no fue investido, perdió el reconocimiento. La dedicación e inversión libidinal hacia la obra remite ese desinterés hacia el exterior en donde en un momento dado el sujeto perdió ese reconocimiento y a modo de herida, perdió consecuentemente ese interés en el exterior para centrarlo en su interior, a modo también dice la autora de protección, ante esa vivencia de abandono. Por lo tanto, crear, significa revivir la experiencia traumática, reactualizarla, darle nuevos sentidos, reparar a ese niño/a interior herido/a mediante un acompañamiento desde la creación para el crecimiento personal con la adquisición de incorporación de nuevos recursos, lo que Bleichmar (2001) denominaría “el nuevo agregado”. La autora también reconoce que la reactualización de la herida mediante la creación supone exponer al autor en los límites de la subjetividad, porque se enfrenta nuevamente al reconocimiento del otro que ocupa la posición de ese Otro que en un momento dado dejó de estar, pudiendo reactualizar ese destino inicial de abandono, con los consiguientes efectos contrarios a la reparación. Mondéjar fundamentaba que la creación es una maldición que porque ofrece oportunidades

para reparar el pasado, para acompañar y construir lo no dado en momentos claves de la construcción de la subjetividad. El sujeto creador construye un Alter Ego, una función de Autor que baja a las profundidades del infierno de Dante Aglieri y conecta con el niño/a volviendo a subir airoso/a y fortalecido/a de su viaje. La creación supondría proporcionar al sujeto aquello que la cultura y el Otro no pudo darle y construir ese espacio "suficientemente bueno" para que el sujeto pueda establecer modos de comunicación y posición vincular con los otros desde el Autor (adulto) y no desde únicamente desde el niño/a herido/a.

Mediante la creación el sujeto encontraría modos de comunicarse, que sin los mismos decía la



Figura 6.3.1. Autora (2016) Función autor. Óleo sobre lienzo. 1,70 cm alto cm x 0,70 cm ancho.

autora, no podría establecer puentes de expresión y acceso de ese niño/a con los otros, posicionando al sujeto en estados de repetición. Los beneficios de estructuración, reparación y transformación de lo sintomáticos no es un proceso que tenga un inicio y un fin en la creación, supone un trabajo constante, de por vida, en donde el sujeto de manera permanente esta resignificando su herida, reelaborándola, acompañándola y dándole nuevos significados y modos de vincularse con la misma y con el mundo donde habita. Igualmente, se podría decir, que la creación se presenta como una herramienta alternativa a lo farmacológico y la enfermedad.

Todas estas características mencionadas del arteterapia son muy útiles para las personas que sufren fibromialgia, dado el alto grado de respuestas de somatización que manifiesta, y de dificultad para parar para conectar con sus cuerpos que les derivaría a sentir sus emociones, a sentirse. Dicha dificultades podrían estar asociadas por los efectos post-traumáticos y modos cognitivos de aprendizaje construidos desde la infancia, en la cual, la somatización podría ser un modo de evitar el dolor, y como respuesta ilustrativa de la fragmentación y disociación emocional, siendo el dolor el lenguaje propio del cuerpo que revela la huella sintomática, porque no ha podido pasar por el proceso secundario, por el proceso de verbalización de la palabra ni por la simbolización, encontrando posiblemente, en el cuerpo, el lugar donde depositar dicha falla estructural.

Por último señalar que allí donde siempre puede haber limitaciones del terapeuta, en donde no puede llegar a lo más propio del otro, se encuentra la materia, el arte, como espacio que posibilita crear un lugar a la subjetividad, más allá de las limitaciones culturales, familiares, profesionales e individuales. Como decía Pain (2011), el sujeto a través de su creación encuentra nuevos sentidos a su vida al encontrar sentido a su obra.



CUERPO EXPERIMENTAL

“Es la vivencia del proceso y no su interpretación lo que cura”(Bradway, 1997: 46)

El cuerpo experimental de la investigación se compone de un total de cinco fases. Ha sido un proyecto que se ha ido remodelando y readaptando a diferentes propuestas institucionales, en el ámbito privado: la asociación granadina de fibromialgia; ámbito público: Hospital Virgen de las Nieves (Granada) y Assaf (Tel Aviv), así como, a diferentes perfiles de personas que sufren fibromialgia: desde mujeres que sufren una variedad de patologías físicas solapadas a la fibromialgia hasta otras pacientes con patologías tanto de estructura neurótica como límite; a otro grupo de mujeres que solo sufrían fibromialgia sin solapamiento de otros estados de enfermedad. Algunas acciones se han llevado a cabo solo con grupo de mujeres y otras con mujeres y hombres.

Se va a describir todo el proceso evolutivo desde la primera fase hasta la quinta, con la correspondiente justificación de las mismas, explicando las modificaciones que se han hecho, por qué se ha decidido suprimir y/o añadir ciertas estrategias o modificarlas por otras, o cualquier cambio producido durante el proceso de estudio. Voy a realizar un análisis reflexivo sobre la distancia que existe desde la primera fase hasta la última, las expectativas o creencias previas a la intervenciones y los resultados obtenidos; las necesidades que el colectivo ha ido demandando, que han derivado a hacer cambios en la estructura metodológica inicial (pre-diseño), para adaptarlo a la realidad de las personas que interviene, y la creación del diseño metodológico final del cuerpo fundamentado.

El cuerpo práctico es el vertebrador de la estructura de la investigación, mediante la cual, a través de la información extraída le he dado forma, y fundamento en un marco teórico. Tras una primera acción de investigación he utilizado la información extraída para diseñar la siguiente acción, tratando de conciliar los diferentes puntos de vista de análisis de los diferentes profesionales que han colaborado, así como, tratando de conciliar a su vez, las necesidades y requerimientos que las personas involucradas han manifestado. De las cinco fases de estudio que se compone esta investigación, tres corresponden a la práctica de intervención en arteterapia con mujeres que sufren fibromialgia y dos de ellas, a la estancia de colaboración con grupos de investigación a nivel internacional, mediante los cuales, he podido realizar dos tareas principales: revisión metodológica del proyecto que ha sido determinante para el diseño de la cuarta fase de la investigación-acción; y procesos de inmersión que me han posibilitado profundizar mediante la metodología heurística en temas y conceptos claves que incurren en el fenómeno de estudio.

En el proceso de construcción y evolución de las cinco fases, se ha producido una serie de cambios, readaptaciones, modificaciones del punto de partida, y ello se debe al carácter interactivo, participativo, dinámico y heurístico que caracteriza a este proceso de investigación. (Burns, 2007).

También han influido en las modificaciones del diseño metodológico diversos factores como la ontología de la sintomatología¹ del síndrome de la fibromialgia y la singularidad de cada paciente. Ello ha requerido que el proceso de estudio se adaptase a cada realidad que se ha intervenido. El proceso de investigación responde a un fenómeno circular, en el cual cada fase está en conexión con la anterior y los conocimientos extraídos son determinantes para el diseño de intervenciones posteriores (Burns, 2007). Está caracterizado por la participación activa de las pacientes, así como, de la investigadora-arteterapeuta, interactuando entre sí. Mediante la metodología heurística, y la observación participativa (Moustakas, 1990) principalmente, se ha extraído información y re-diseñando las propuestas de intervención en función de los feedbacks y del material (consciente e inconsciente²) que traían las pacientes.

1 Compleja, sin causa orgánica. La práctica con el colectivo que se intervino posibilitó recoger información acorde a las necesidades del mismo, y ello derivó que se hiciesen adaptaciones y modificaciones del diseño para responder mejor a la realidad que se interviene.

2 Se usa para designar uno de los sistemas del aparato psíquico: es la parte no consciente que sólo puede ser consciente con grandes esfuerzos por parte del sujeto, y en particular, gracias al trabajo de la terapia. En el inconsciente se encuentran los deseos, instintos y recuerdos que el sujeto reprime por resultarle inaceptables, fundamentalmente a causa de sus propias valoraciones morales; es la capa más profunda de la mente

En arteterapia se hace uso del análisis de las imágenes como herramientas que posibilitan extraer conocimientos del inconsciente de las pacientes, trabajando con el lenguaje tanto verbal como no verbal. (Dalley, 2012; Pain, 1995; Schaverian, 1991; Menéndez, 2010). Esta herramienta ha posibilitado la construcción de reflexiones y análisis teóricos basados en la evidencia práctica.

En el análisis de las imágenes se tiene en cuenta la clasificación de valor, función y simbología fundamentada por Schaverien (1991):

1. Imágenes signos:

No todas las imágenes creadas por el/la paciente tienen la misma carga emocional ni la misma intención. Son imágenes que pueden funcionar como signos que no provocan demasiado movimiento interno en su creador y suelen acompañar a la palabra. Por ejemplo, la integrante puede hablar de la tristeza pero la imagen en sí no expresa tristeza. Sirven como punto de inicio para desplegar el discurso y les permite a los otros también iniciar su discurso. Mediante ellas los integrantes van estableciendo un lugar dentro del grupo, vínculos grupales y con la arteterapeuta. Tienen una función de ser un preámbulo para otras imágenes con mayor carga emocional. Al inicio de los talleres es habitual que aparezcan imágenes aprendidas, tipificadas, imágenes "diagramáticas", que raramente se cargan de poder porque mueven poco en el mundo interior.

2. Imágenes encarnadas:

Son imágenes que se caracterizan por encarnar emociones del integrante sin que éste tenga plena conciencia de ello. Pueden ser expresión completa de sí mismas, se convierte en una vía de contacto con el inconsciente. En el momento de la creación se le escapa de su comprensión, no es capaz de entender la totalidad del material que representa. Son imágenes contenedoras, es una imagen con vida propia que comunica una emoción interna. Actúan como síntesis entre lo verbal y lo no verbal. Entre lo inconsciente y lo consciente.

3. Imágenes dedicadas:

Imágenes que sirven en la mayoría de los casos a la comunicación con el otro, a ese otro, en el marco arteterapéutico, al arteterapeuta.

4. Imágenes que abren un diálogo interno:

Están más dirigidas a la comunicación interna del paciente, se establece un diálogo interno, la imagen cobra y le devuelve alguna cosa a su autor. Según en qué momento del proceso el paciente no puede abordar en su totalidad la imagen y puede suceder que se retome en otro momento del proceso, viendo entonces contenidos que en el momento de la creación escaparon a la comprensión.

En el objeto artístico se transfieren contenidos emocionales y a partir de esas transferencias se trabaja en arteterapia.

y se identifica en gran medida con el ello. Con todo, parte del super-yo también puede incluirse en el inconsciente en la medida en que no siempre el sujeto es consciente de sus propias valoraciones morales y de la actuación de dichas valoraciones morales en su vida psíquica y su conducta. El inconsciente puede dividirse en dos grandes regiones: la no consciente y difícilmente consciente por existir unas fuerzas mentales que lo impiden; para distinguir los dos tipos de mente no-consciente, Freud propone los términos "Preconsciente" o inconsciente en sentido simplemente descriptivo, e "Inconsciente" en sentido dinámico. Freud concibió el inconsciente sólo como inconsciente individual, en el que se encuentran las vivencias reprimidas del sujeto individual y Jung, además del inconsciente individual desarrolla el concepto del inconsciente colectivo, en el que habría que situar las vivencias comunes a toda la humanidad o arquetipos y que se transmiten hereditariamente. A través del arteterapia se aborda los procesos terciarios (Fiorinni, 2006) que posibilitan la emergencia del inconsciente.

Otro punto a tener en cuenta en el cuerpo práctico de la investigación, tiene relación a la dificultad que la investigadora se enfrenta a la hora de trabajar con el análisis del comportamiento humano. Dereveux (1994) fundamentó que dicho procesos de investigación puede ser susceptible a generar un material distorsionado y/o limitado de la realidad si no se tiene en cuenta una serie de factores. Uno de ellos es el concepto de deslinde³.

Dereveux (1994) denominó deslinde, al límite que existe entre los diferentes focos de la realidad y cómo los mismos operan en ese vínculo y en la relación entre investigador/a y fenómeno de estudio. Podríamos enunciar:

1) Lo cultural, el dispositivo desde donde se construyen los constructos culturales en *“torno al somatotipo y raza -contemplando la salud y enfermedad desde el discurso predominante del “modelo normal”, auto modelo racial, el modelo racial en el diagnóstico”*; el automodelo del sexo- (Dereveux, 1994: 331-350), en definitiva el automodelo en torno a todos los ámbitos del ser humano, que inciden determinantemente de manera alineante y que constituye un deslinde en el ámbito de la investigación a la hora de poder analizar desde un prisma que atienda a la realidad de una manera completa, todo aquello que subyace en el análisis de las personas que se investigan. Freud (1960) dijo en su obra *“narcisismo de las pequeñas diferencias”* nos induce a interpretar las creencias y prácticas extrañas como críticas a las nuestras y eso nos hace reaccionar negativamente a ellas.

Uno de los principales problemas que existen en las personas que sufren fibromialgia es que su condición de *“enfermos/as”* no puede ser explicada por el discurso científico de la medicina. Desde el discurso científico todo aquello que no puede ser fundamentado corresponde al ámbito psicosomático y conversivo. Y en este punto encontramos otro deslindes, ya que, desde el ámbito de la medicina existe toda una serie de prejuicios hacia al campo psicosomático que puede derivar a muchos profesionales a catalogar a estas personas de manera peyorativa como *“histéricas”, “locas”, etc.*, pudiendo no prestarle la misma atención o importancia a estas personas que cuando se habla de otro tipo de enfermedades que sí pueden ser pensadas desde disfunciones orgánicas. Se podría estar obstaculizando de tal modo la creación de recursos, y la construcción de conocimientos más objetivos y acordes a las necesidades de la realidad más allá del síndrome, excluyéndose por ende, todo aquello que se sale de lo que se acepta como lo que está prescrito o aceptado como *“enfermedad”*, pudiendo dar lugar a diferentes tipos de respuestas por parte del campo médico:

- a. Reaccionar rápidamente al material inconsciente (miedo, angustia, etc.) que le suscita el vínculo entre profesional y paciente derivando de manera precipitada al psiquiatra, sin tener en cuenta, que en muchas ocasiones una vez iniciado las respuestas de somatización se ha cronificado y es irreversible, se han producido alteraciones orgánicas que requieren una atención médica de manera integral (físico y emocional).
- b. No prestar suficiente atención y prescribir medicamentos a las dolencias físicas sin atender que debajo de ello se halla un lenguaje a descifrar que está condicionando el estado de dolor y los mecanismos de funcionamiento.
- c. Catalogar peyorativamente al/la paciente en las primeras entrevista dentro de cuadros psicosomáticos y no darle la atención necesaria. En muchas ocasiones es decisivo el papel y la posición del médico para el desarrollo devenir de la enfermedad del paciente.(Surgeon, 1986 en Dereveux 1994).

³ La socialización se distingue porque es un proceso que encierra una particular forma de relación entre los hombres y mujeres. Se caracteriza por la confrontación suscitada entre las partes comprometidas en la relación y por el cambio motivado por la tensión que surge en el enfrentamiento de las partes, la cual se resuelve cuando se produce la transformación de los diferentes rasgos que identifican a los individuos involucrados en la relación. (Aguirre, 2016 : 80)

d. Analizar el factor de género, que incide de manera transversal en el individuo desde el dispositivo de lo cultural. Huss y Cwikel, (2005: 58) pensaban que *“el estudio de los problemas se aborda en ella desde el exterior de la persona, considerando su identidad de género dentro de su contexto socialmente construido, en lugar de considerarlos simplemente psicopatologías individuales”*. La construcción desde el campo de la salud de la asociación biológica con el género, identidad y enfermedades correspondientes a los mismos, puede dificultar una correcta intervención acorde a la realidad de la sintomatología manifestada.

Una dificultad presentada en las personas que sufren respuestas de somatización, conversión y clínica psicósomática, es que mediante el cuerpo podrían estar revelando las huellas del dolor, y comunicar de ese singular modo todo aquello que no puede ser elaborado psíquicamente. El mecanismo de defensa de la proyección⁴, es uno de los mecanismos que se encuentra habitualmente presente en la subjetividad de los estudios de casos de esta investigación, en la literatura y que actuaría como dispositivo distorsionador de la realidad. Hemos podido observar una tendencia al desplazamiento de la hostilidad reprimida hacia la sociedad (equipo médico, familia, amistades, cultura, etc.), colocando parte del malestar interno en el afuera, adquiriendo ese *“afuera”* la función del *“Otro”*⁵.

2) Otro deslinde a tener en cuenta de la investigación, tendría que ver con lo que Dereveux (1994:42) señalaba *“todo el estudio de interés afectivo personal del científico del comportamiento por su material y las deformaciones de la realidad que acarrear esas reacciones de “contratransferencia”, ya que el mayor obstáculo a la creación de una ciencia científica del comportamiento es el interés emocional, indebidamente aplicado, del investigador por su material, que en definitiva es él mismo y que por eso suscita angustias inevitables”*. Parece que no hay elección al azar sino que todo está relacionado con la subjetividad de la persona (incluyendo su novela familiar, cultural, etc). El/la investigador/a o profesional puede entender los fenómenos desde aquello que se identifica, que es propio, universal (inconsciente, pulsiones, el vínculo fundante, etc.,) y desde ahí poder pensar al otro, y pensar la orientación de cura. Dereveux (1994:44) dijo: *“el sistema de pensamiento lógico y científico tiene un significado subjetivo para el inconsciente de la persona que lo crea, todo sistema de pensamiento nace en el inconsciente, a manera de defensa contra la angustia y la desorientación, se formula afectivamente más que intelectualmente y en el (ilógico) “lenguaje del inconsciente” (proceso primario). Se advierte que la fantasía hace disminuir la angustia y la desorientación, se traspone del inconsciente al consciente y se traduce del lenguaje primario al proceso secundario, que es más lógico y más orientado a la realidad”*.

La importancia por parte del investigador/a de poder discernir todos los deslindes mencionados reside en que cuanto más ansiedad ocasiona un fenómeno, menos capaz es el hombre o la mujer de observarlo, pensarlo objetivamente y crear métodos adecuados. Todo ello condiciona tanto el paradigma, como la metodología y las técnicas de recogida de información para hacer *“hablar a la realidad de estudio”* y de filtrarlo de la manera más completa posible, de lo contrario, fácilmente se puede generar un material limitado de lo acontecido y/o distorsionado.

Dereveux (1994:375) señalaba que lo que de *“verdad importa en la ciencia no es la atribución, aceptación o rechazo de un estatus dado o de un papel complementario sino el análisis consciente y el conocimiento del carácter segmentario de la faceta que nos muestran (automáticamente), debido a lo que creen que somos”*. Sólo este insight nos permitiría insistir en que nos muestran también lo que normalmente se oculta a las personas que tiene ese estatus.

4 Mecanismo de defensa por el que el sujeto atribuye a otras personas los propios motivos, deseos o emociones. Es una forma de ocultación involuntaria e inconsciente de su vida psíquica consecuencia de la presión del superyó que sanciona como incorrecto el contenido psíquico o de los temores y frustraciones del sujeto.

5 Lacan utiliza el término en los sentidos freudianos en el Seminario 2 (El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica), traza la diferencia entre un otro con minúsculas y un Otro con mayúsculas. El Otro con mayúscula hace referencia a los vínculos fundantes.

Devereux (1993) pensaba que la verdad completa, no podía existir y en la metodología cualitativa se parte de un sesgo de base, inherente a la praxis metodológica y tendería que ver principalmente con la figura del o la investigador/a y las influencias del mismo sobre el fenómeno de estudio. A diferencia de la metodología cuantitativa, en la cualitativa el investigador/a sí se involucra y es un elemento susceptible a producir cambios en el proceso y evolución del estudio. En esta investigación, la figura de la arteterapeuta es clave para promover el cambio en las personas implicadas y orientar la terapia a través del vínculo transferencial y contratransferencial que se establece. La arteterapeuta no es una mera observadora y aun cuando hace la función de observar, su mera presencia ya está influyendo en la interacción grupal, que sería diferente si estuviese otro/a arteterapeuta. Devereux (1993) decía que la verdad solo podría descubrirse por la calibración recíproca de una variedad de datos: las propias observaciones, la influencia de la presencia del investigador/a en aquellos sucesos, el modo de ver de las personas implicadas, las reacciones de...etc., el autor no quería deplorar el trastorno creado por la presencia del observador y en lugar de poner en duda la objetividad de las observaciones de la conducta, propuso abordar el problema de un modo constructivo y averiguar qué insight positivos-no obtenibles por otros medios-podrían sacar el hecho de que la presencia de un observador podría trastornar el suceso observado.

Algunos datos importantísimos (transferencia y contratransferencia) no obtenible por otros medios, solo pueden dejarse ver y registrar gracias a ese trastorno⁶.

Desde el método del arteterapia con orientación psicoanalítica, el modo de evaluar respondería a los parámetros propios de la naturaleza de la misma para promover acciones de transformación en las pacientes/es y evaluará mediante sus herramientas y técnicas los cambios que se producen tanto a nivel verbal como no verbal (objetos resultantes que conectan con el inconsciente de las personas) y en los conflictos manifestados al iniciar la investigación y una vez finalizada. Este método tiene su deslinde, es apto para trabajar en el ámbito del comportamiento humano y la subjetividad pero no puede ser fácilmente extrapolable a estudios cuantitativos que analizan otro tipo de variables.

3) Por último, otros deslindes finales a mencionar tendrían relación a la novedad del campo que se investiga:

El primero de ellos, estoy investigando en un campo nuevo, del cual, cuando inicié no existían referencias bibliográficas específicas en arteterapia y fibromialgia y escasamente había algunas referencias en el campo de Danza Movimiento Terapia y/o algunas psicoterapias con orientación psicoanalítica que abordase el dolor desde un enfoque cualitativo.

El segundo de ellos, aunque podemos encontrar citas médicas del síndrome de la fibromialgia desde mucho tiempo atrás, desde el siglo XIX, no ha sido hasta 1992 cuando se ha reconocido oficialmente por la Organización Mundial de la Salud.

Finalmente, el arteterapia es una profesión reconocida por el Ministerio de la Salud en diferentes países del mundo desde la década de los 40, por lo que tiene una trayectoria reciente, y en España aún se encuentra en proceso de reconocimiento.

Dada la novedad del tema, tampoco encontré muchas referencias bibliográficas, así como, metodologías de intervención propias desde el campo del arteterapia. Ello, condiciona

⁶ Pichón Riviere en el libro Teoría del Vínculo, define el after-análisis como la capacidad de introspección, autorreflexión y autoanálisis que adquiere una persona tras haber estado analizándose durante un periodo de tiempo largo.

el uso de métodos de investigación procedentes de otras ramas del conocimiento para complementarlo con el método del arteterapia, con las dificultades que acarrea en intervenir con una coherencia al utilizar procesos y técnicas de recogida de información de diferentes métodos.

Recientemente, podemos encontrar investigaciones Niff (2004), Metzl (2007) que postula procedimientos desde el método del arteterapia, iniciándose un cuerpo validado de intervención desde el campo de la investigación en arteterapia.

Encuentro fundamental visibilizar como estos deslindes mencionados inciden de manera transversal en todos los campos sociales, ya no solo en el discurso médico-social, pudiendo condicionar la operatividad de los dispositivos sanitarios, y patologizando el vínculo entre médico/terapeuta/investigador-paciente.

Por lo tanto, este estudio se enfrenta a diferentes retos epistemológicos a abordar desde el campo clínico, metodológico, intervención, colectivo, métodos y herramientas novedosas, con escaso conocimiento de las mismas, construyendo de tal modo, los primeros referentes para que otros profesionales e investigadores puedan continuar con mayor profundidad o ampliar este proceso de investigación.

Ha sido un camino a veces a ciegas de ir andando sin referentes sólidos, con muchas preguntas e interrogantes conforme iba tejiendo el proceso a cerca de la idoneidad del mismo, con las dificultades de poder encontrar supervisores en campos especializados en algunas de las parcelas mencionadas, suponiendo otra dificultad en el tejido de superponer los conocimientos de unos y otros campos como en un puzle cuando trato de componer un conjunto de procedimientos, operaciones y procesos. Esta investigación presenta limitaciones en relación a ese carácter de novedad del tema investigado, y las mismas podrán servir a otros investigadores para evitar ciertos sesgos, ciertos recorridos, así como, servirá para iluminar algo de este amplísimo campo que aún queda por investigar.

El fin del cuerpo práctico de la investigación es poder analizar si a través del espacio del arteterapia podría emerger un material nuevo, construido o reconstruido a través de ese viaje hacia el pasado (sus referentes), el presente (su situación de enfermedad), el futuro a devenir, mediante el material emergente durante las sesiones.

En todo momento busco como investigadora establecer un diálogo entre la posible relación de su subjetividad-sintomatología-creatividad, y como arteterapeuta acompañar para que realicen un proceso de subjetivación que les posibilite un mayor conocimiento de ellas mismas. Dentro de las funciones de acompañar, una de ellas sería sostener el proceso creador cuando se activasen mecanismo de defensa del inconsciente de las participantes a nivel individual y grupal (repetición, negación, represión, bloqueo, resistencias, procesos de somatización y conversión, enfado, regresiones, etc.,). Para ellos he hecho uso de diferentes técnicas como:

-Orientar desde la producción creada que las participantes alcancen niveles más alto para poder desbloquear y expresar más libremente dentro de sus límites psicológicos y físico.

-Facilitar las herramientas técnicas, creativas, para que puedan resolver situaciones de conflicto a nivel plástico que les permita poder ordenar aspectos de subjetividad y poder construir y reconstruir narrativas que ligen su producción artística con su novela familiar y su dolor, orientando de ese modo procesos de elaboración e integración.

-Clarificar⁷ y confrontar⁸ (Coderch, 1987) el material emergente. Tanto el proceso, como las obras y narrativas resultantes constituyen pilares fundamentales que permiten acceder como si de un puente estuviésemos hablando, a su inconsciente y descifrar un código aún sin descodificar por las pacientes.

Para concluir, mencionar en relación a los estudios de casos, que en todo momento he tratado de manifestar una transparencia y claridad de cada uno de los pasos que he dado exponiéndolas cronológicamente acorde a como ha acontecido en el transcurso de este proceso. Así mismo, la forma de presentación versa por un lado en la descripción fenomenológica de lo acontecido y, por otro lado, en el análisis de los casos. El análisis ha sido supervisado por especialistas en arteterapia clínica.

A lo largo del cuerpo práctico, expondré tanto los aciertos como los fallos, los aspectos beneficiosos como los errores o equivocaciones, las posibilidades que se han encontrado en este laboratorio de arteterapia como las limitaciones o espacios "vacíos", reacciones transferenciales y contratransferenciales e interrogantes que todavía siguen abiertos.

Este texto está lejos de pretender ofrecer interpretaciones cerradas del sufrimiento en la subjetividad femenina que sufre el síndrome, sino que manifiesta un deseo primordial de ofrecer "posibilidades de pensamientos", en el cual, se invita al lector/a a pensarlas y se le hace partícipe de acercarle a mi propio proceso de aprendizaje y entendimiento, en este viaje hacia la subjetividad del dolor humano. Las referencias, citas, y reflexiones que se exponen a lo largo de la narrativa, deben de ser recogidas por parte del lector como una pequeña parte dentro de un fenómeno de estudio mayor, complejo y abierto, en el cual, coexisten muchos factores que en este espacio no se pueden abarcar. El principal objetivo de los análisis de los estudios de casos, es contar la historia en su diversidad, desplegándola desde muchos lados, compleja y muchas veces conflictiva como las propias pacientes lo contaron en su paso por los talleres.

Tengo un especial interés en insistir en estas cuestiones, porque hay fragmentos del texto donde yo, tanto como investigadora y arteterapeuta, puedo plantear reflexiones contrastándolas con la literatura, pero el fin de este texto es que los estudios de casos puedan ser diferente para diferentes personas; no intenta ofrecer una verdad escondida detrás de los párrafos, o un único camino sobre "causalidades del síndrome", sino exponer lo acontecido en la práctica arteterapéutica desde un abanico abierto de posibilidades mediante las diferentes perspectivas y análisis de enfoques que se han abordado; siendo finalmente, tarea del lector de descubrir su propio sendero, su propia verdad y sacar sus propias conclusiones dentro de los caso expuestos.

7 Objetivo que el paciente adquiera el máximo de conocimiento de sí mismo/a en los niveles conscientes y preconscientes de su personalidad. Dotar al yo de mayores posibilidades para el ejercicio de sus funciones y de fortalecerlo a través del trabajo de observación y elaboración que se le demanda. Es utilizado también como un paso de transición para llegar a la interpretación. El terapeuta intenta ayudar al paciente a tener un mayor conocimiento de sus sentimientos, de sus formas de relación consigo mismo y con los demás y del significado de su comportamiento, a fin de obtener una mayor comprensión de la organización de su personalidad y de la estructura de sus sistemas de respuestas frente al mundo que vive. El terapeuta realiza una elaboración mental de la comunicación del paciente, y se la devuelve con palabras más comprensibles, liberada de componentes accesorios y en este sentido se podría relacionar con la capacidad materna de reviere. Reviere: la madre comprende el mensaje que le transmite el lactante, se lo retorna de forma que el bebé puede retomarlo y asumirlo sin sentirse desorganizado por tales sentimientos. La clarificación no halla resistencia. Los conflictos intrapsíquicos no son resueltos.

8 En las confrontaciones el terapeuta intenta dirigir la atención del paciente hacia situaciones, conflictos y alternativas que, aun cuando no inconscientes, aquél puede no tener en cuenta en un momento dado o pasar por alto. Se puede utilizar para mostrar la existencia de contradicciones, al dirigir la atención del paciente hacia sus propias palabras, el terapeuta promueve en aquél la capacidad para disociar una parte de su yo a fin de que, distanciándose de la vivencia inmediata, sea capaz de observar y enjuiciar con cierto grado de objetividad. Mediante la confrontación, se enseña al paciente a esforzarse por lograr un mayor conocimiento de sí mismo y sus reacciones, de sus sentimientos, etc. Lo específico de la confrontación es que sus pensamientos, sentimientos, ideas, actitudes, etc. de que se ocupa son de naturaleza consciente o preconsciente, el terapeuta no revela nada que éste desconozca por completo, pero le estimula a reflexionar desde distinta perspectiva. La confrontación es utilizada también en psicoterapeuta psicoanalítica como un agente auxiliar de la clarificación e interpretación.



PRIMEROS PASOS HACIA LA
COMPRENSIÓN DEL DOLOR AJENO

Primera fase de investigación acción en la
Asociación de Fibromialgia de Granada
(AGRAFIM)

“...Nadie hasta ahora ha determinado lo que puede un cuerpo” (Spinoza, 1923:2)

7.1.1 Diseño metodológico de la de la primera fase de la Investigación-Acción en la Asociación Granadina de Fibromialgia (Agrafim):

Se va a describir el diseño metodológico de intervención de la primera fases de intervención llevada a cabo en la Asociación Granadina de Fibromialgia. Antes de adentrarnos en profundidad se va a exponer una descripción y toma de contacto del centro donde se ha llevado a cabo la intervención.

-Descripción general de la Asociación de Fibromialgia de Granada:

A continuación se va a hacer un breve recorrido de las características de la asociación acorde a la memoria de actividades de ejercicios el año 2013 hasta la actualidad.

La Asociación Granadina de Fibromialgia (AGRAFIM), se constituyó en Granada el día 20 de Diciembre del 2000. Nace como respuesta a las necesidades de los afectados y afectadas de Fibromialgia para cubrir las carencias de este colectivo que no son atendidas por las entidades públicas. (Cabanillas, Fernández, Serrano, Banderas, Cuenca, 2009).

Es una organización de naturaleza asociativa sin ánimo de lucro, con la finalidad principal de atender una patología, que en aquel momento no tenía el reconocimiento, ni ayudas sanitarias, laborales o jurídicas que debía de tener y que incluso en la actualidad, aunque sí se halla avanzado en el reconocimiento social aún hay muchas áreas que continúan desafortunadamente estancadas.

La asociación tiene personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, pudiendo realizar, todos aquellos actos que sean necesarios para el cumplimiento de la finalidad para la que ha sido creada.

AGRAFIM es miembro fundador de Fibromialgia y Fatiga Crónica España, Confederación Nacional de Asociaciones de FM y SFC, creada en 2005, también es miembro fundador de la Federación Andaluza de FM y SFC, Alba Andalucía, así como miembro de FEGRADI, Federación granadina de Discapacitados (Cabanillas et al 2009).

Los fines de la asociación son (Cabanillas et al 2009):

- Divulgar a la opinión pública, en orden a la toma de concienciación social, la problemática que plantea la enfermedad denominada Fibromialgia.
- Promover estudios de investigación sobre la etiología y tratamientos de la enfermedad.
- Prestar a los afectados/as de fibromialgia y a sus familiares ayuda en aspectos de asistencia social, laboral, jurídica, psicológicos y de cualquier otro tipo que pudieran necesitar.
- Colaborar con cuantas personas físicas o jurídicas, instituciones públicas, privadas o asociaciones, desarrollen actividades que puedan beneficiar al colectivo de afectados/as de fibromialgia.

En AGRAFIM se desarrollan actividades de distinta índole como: atención, información y acogida para resolver dudas y apoyara a las socias; apoyo a sus familias; servicios de masajes; terapia individuales y grupales; acciones divulgativas; formativas; creación de espacio para el abordaje de la Fibromialgia (jornadas, congresos, etc.).

Toma de contacto con el centro:

En el primer encuentro con el centro presenté el proyecto donde se explicaba de manera general: qué es el arteterapia, historia de los beneficios, en qué consistía, como se trabajaba, a quién iba dirigido, objetivos y propuesta de intervención para la Asociación AGRAFIM.

La presidenta del centro tras una reunión con el equipo de la asociación aprobó el proyecto. Seguidamente tuve un segundo encuentro para organizar el encuadre de los talleres de arteterapia. Los talleres se llevarían a cabo en la asociación de la Federación Granadina de personas con Discapacidad Física y Orgánica (FEGRADI), porque el centro AGRAFIM en ese momento no disponía de un espacio adecuado para las características del taller. Este hecho, retrasó el inicio de la fecha establecida de los talleres.

Se informó a las usuarias de la asociación mediante dos vías: a) emails y llamadas telefónicas, donde se les explicó en qué consistían los talleres y se les solicitó un primer encuentro para informarlas con mayor profundidad en persona.

-Primera fase de la Investigación-Acción:

La primera fase de intervención en arteterapia con mujeres que sufren fibromialgia, se caracterizó por una metodología de Investigación Acción, Heurística y Estudios de Casos.

En esta primera intervención como arteterapeuta me proponía recoger información de la relación transferencial de las emociones que se generaron entre las obras, las pacientes y la investigadora-arteterapeuta, para poder comprender la subjetividad de las personas que participan más allá de la etiqueta del síndrome. Por ende, les facilité unos materiales y observé cómo se vinculaba con los mismos, con el proceso de creación de la obra, y a qué emociones, recuerdos, ideas, etc., les conectaba; que narrativas construía y como las misma evolucionaba según el proceso de los talleres.

Como investigadora, había leído sobre el síndrome de la fibromialgia pero no había iniciado un proceso de búsqueda de referencias bibliográficas en profundidad porque el objetivo inicial era intervenir sin elaborar ideas preconcebidas o sin construir conceptos previos al contacto con el fenómeno, para poder aprender de una manera lo más directa posible, de la fuente primaria, y recoger información de la interacción entre:

- a) Paciente.
- b) Proceso creador-obra.
- c) Investigadora/arteterapeuta.

El principal interés era hacer un acercamiento al conocimiento de ciertos temas principales por las cuales me había embarcado en este proyecto en torno al: dolor, malestar de la subjetividad femenina y su relación con el síndrome de la fibromialgia mediante la producción creativa de las pacientes.

A continuación voy a describir las expectativas iniciales establecidas como investigadora y arteterapeuta, y la realidad que me encontré, que derivó a hacer cambios de readaptación del primer diseño metodológico establecido.

En el proceso de selección inicial de las pacientes, unas veinte mujeres confirmaron su asistencia al primer encuentro. De las veinte mujeres, se presentaron solo cinco, -tres tenían fibromialgia y dos de ellas venían de acompañantes-. Ante dicha tesitura aclaré que los talleres estaban destinados exclusivamente para las personas que sufrían el síndrome de fibromialgia, y dicha aclaración derivó a que una de las pacientes que sufría el síndrome decidiese no venir porque no se admitía a las dos pacientes que ella había traído. En los siguientes talleres se presentaron otras pacientes pero de manera puntual, venían a conocer el taller pero finalmente, solamente una de ellas adquirió un compromiso con el proyecto y asistió de manera continuada.

Me gustaría subrayar que en el primer encuentro se explicó en qué consistía un taller de arteterapia y se realizó una actividad práctica con todas las personas que habían asistido. Mis expectativas iniciales eran intervenir con un grupo de mujeres y no, solamente con un estudio de caso y el diseño lo elaboré en función a esas expectativas. El hecho que solo una persona se comprometiera a la asistencia me hizo cuestionar si realmente debía de continuar con el proceso de estudio y me confrontó con ciertas emociones contratransferenciales¹ internas. En este momento de la investigación yo había obtenido mi titulación como profesional en arteterapia recientemente y no tenía mucha experiencia práctica. Lo acontecido en el primer taller (a continuación se describirá), el absentismo tan grande de las pacientes, la no asistencia de personas que habían sido convocadas y la falta de compromiso de las restantes, movilizó algo dentro de mí que generó ciertas dificultades para manejarlas inicialmente y que derivó a un malestar que me hizo plantearme suspender el proyecto en esta institución, pero finalmente, decidí re-adaptar el proyecto de investigación a una sola paciente.

Parte del malestar se debió a que estuve cerca de un mes y medio realizando llamadas en la asociación de fibromialgia, elaborando una lista de personas que estaban interesadas y la respuesta que finalmente se obtuvo, rompió con el encuadre inicial que había elaborado. Cuando nombro ciertos aspectos contratransferenciales intento hacer mención al hecho que la situación con la que me encontré el primer día me hizo sentir que me "obligaba" a hacer un proceso de adaptación absoluto ante la realidad dada. Como ya he mencionado anteriormente en el diseño metodológico de esta primera acción no tenía apenas información de las personas que sufren fibromialgia y este tipo de respuesta supuso una confrontación inicial. En aquel momento, ni los días posteriores en el cual me planteaba si continuar con el proyecto en este centro o no, no era consciente que ya sin saberlo, había iniciado mi proceso de investigación, y que ya estaba recogiendo información cualitativa de ciertos aspectos emocionales de las pacientes en relación a las resistencias², procesos de negación, represión³,

1 La contratransferencia es un fenómeno mental en todo proceso psicoterapéutico y su comprensión es fundamental para todo el desarrollo del proceso. Freud (1910) introdujo este concepto en su teoría como resultado de la influencia del paciente sobre sus sentimientos inconsciente y advirtió que el analista reconociera y superara estos sentimientos. (Coderch, 1987).

2 Se refiere a todas aquellas fuerzas que en el interior del paciente se oponen al proceso terapéutico, al descubrimiento del inconsciente. Las resistencias puede expresarse a través de cualquier procedimiento: sentimientos, impulsos, inhibiciones, formas de comportamiento, incapacidad de comprensión, erotización, etc. Consiste en el esfuerzo por demoler las barreras que se oponen a que el sujeto del tratamiento quede liberado de sus ansiedades, de sus inhibiciones, de sus síntomas, que disponga de la totalidad de sus capacidades psíquicas (Freud, 1950). En la interpretación de los sueños hace equivalente el concepto de la resistencia con la censura que actúa en los sueños. Las resistencias son una defensa contra el dolor. Aquello que se halla reprimido en un sentido amplio, a través de uno u otro mecanismo de defensa, tiene velado el acceso a la conciencia, todo intento de desvelar este material y acercarlo a la conciencia es sentido como susceptible de provocar un sufrimiento intolerable, por el cual el yo pone en marcha todas sus defensas para impedir dicho acceso (Coderch, 1975). Resistencia hace referencia a todas las operaciones defensivas del aparato psíquico puesta en juego en la situación analítica (Greenson, 1967).

3 La represión es uno de los mecanismos de defensa más importante. Defensa hace referencia a los mecanismos de defensa que responden a movimientos internos y externos de la psique y entre ésta y el ambiente del sujeto. La defensa es el modo habitual con que la persona resuelve y maneja sus deseos, sus temores, etc. El objetivo básico de cada defensa es disminuir la ansiedad que se genera en los vínculos objetales (con personas, cosas, situaciones. Detrás de cada defensa hay una fantasía inconsciente asociada (Coll, 2008).

Freud en la obra "Proyectos de psicología" explicaba la represión como un intento de evitar el transcurso de la cantidad por un camino que conduciría a una representación displacentera. Para inhibir este decurso, el Yo desvía la energía por caminos colaterales, utilizando el mecanismo que podríamos llamar de ramificación complejizante para repartir la excitación hasta su completa tramitación, ya sea mediante descargas motoras y afectivas o por distribución en las diversas ramas.

respuesta de somatización y que incluso, mis propias reacciones contratransferenciales me estaban aportando una recogida de información muy ilustrativa, del colectivo que estaba investigando⁴.

Este primer encuentro me permitió experimentar un hecho que posteriormente entendí había sido muy habitual también con otros/as investigadores/as y profesionales del campo de la salud con orientaciones metodológicas diversas. La dificultad que se estaba presentando, es un elemento que atraviesa de manera transversal (en la literatura) los tratamientos con este colectivo. Se ha podido recoger que existe una gran dificultad para poder realizar tratamientos continuados y este factor supone un deslinde que por un lado, distorsiona el proceso de investigación y por otro lado, se convertiría en una fuente más de recogida y análisis de información del material inconsciente de las pacientes.

El absentismo podría deberse por múltiples razones que oscilarían desde factores más inconscientes a consciente, principalmente se podría asociar a las resistencias de hacer consciente material reprimido, y que las mismas se manifestarían mediante: olvidos del día de las sesiones; resistencia a la tarea de trabajo; la aparición de nuevos síntomas y la movilidad del dolor, por diferentes partes del cuerpo, conforme evoluciona la terapia; abandono de la terapia o un compromiso de asistencia discontinuo.

7.1.1.1 Encuadre:

Centro: Asociación Granadina de Fibromialgia.

Nº de talleres: 12.

Se fijó un total de doce talleres, las sesiones corresponderían a una por semana, de dos hora de duración, los inicios de contacto con la Asociación se iniciaron en el 2009, pero lo talleres tuvieron lugar de Febrero a Julio del 2010.

Estructura de los talleres: El taller se divide en tres partes.

Una primera parte: se comentaban aspectos de la creación de la imagen del taller anterior. Segunda parte, las pacientes trabajaban con los materiales de arte. Tercera parte, las pacientes exponían lo que han hecho, comentando cómo se han sentido con el material, cómo ha sido el proceso de arte, con qué lo podrían asociar esas emociones a otros aspectos de su vida, ideas o emociones que le han surgido durante el proceso, etc.

En los talleres de arteterapia eran semi-dirigidos. A veces se trabajaba desde unas consignas asignadas, otras solo desde las sugerencias del material y en otras ocasiones, se promovían acciones artísticas.

Espacio: Federación Granadina de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (FEGRADI).

Estudios de casos: 1.

Se intervino con un estudio de caso, una mujer de 48 años, de Granada que sufre del síndrome de la fibromialgia. En la descripción fenomenológica del estudio de caso se va a nombrar otros casos que estuvieron presentes en talleres puntuales, pero el análisis se ha realizado solo de un estudio de caso.

⁴ Las respuestas en el cuerpo, se denominan procesos de somatización, a causa de factores psicológicos. Se puede pensar que en la fibromialgia existe una repercusión somática del estrés y a conflictos psíquicos.

Objetivos específicos de esta intervención⁵:

Los objetivos específicos de esta intervención fueron:

Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.

Posibilitar la reestructuración interiorizada de la imagen corporal dolorida.

Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.

Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.

Utilización de los talleres como medios para canalizar las emociones bloqueadas y de malestar en la subjetividad de las pacientes.

Escuchar al cuerpo.

Tarea:

Consistió en acompañar y sostener en el proceso arteterapéutico de las pacientes para que alcancen, dentro de las medidas de sus posibilidades y limitaciones, el mayor nivel de expresión creativa.

7.1.1.2 Estrategias de recogida de la información:

A continuación voy a describir los medios que me han permitido recoger la información, para posteriormente realizar el análisis desde el método de arteterapia con orientación psicoanalítica de la intervención práctica.

Las estrategias de recogida de información primaria fueron:

- Observación participante.

- Registro de la recogida de información de los talleres⁶:

-Nº de sesión

-Nº de participante

-Materiales

-Propuesta

-Grado de satisfacción de la propuesta

-Proceso

-Notas de la arteterapeuta donde se explora contenidos en torno a:

¿Cómo usaban y se comunicaban con el material?

¿Cómo fue la comunicación no verbal y el lenguaje corporal?

¿Qué emociones se desencadenan a través de la vinculación con los materiales de los diferentes talleres y con la arteterapeuta?

¿Cuál es la evolución de las participantes en el transcurso de las sesiones de intervención?

5 Los objetivos generales están explicados en el cuerpo teórico de la investigación, en el apartado de metodologías.

6 Se propone este instrumento de descripción de las variables relevantes en cada una de las sesiones para después poder hacer un análisis sistemático, coherente y completo del material conjunto de las sesiones.

-Análisis de las imágenes como:

1. Registro, se hace fotografías, se toman notas acompañadas a la imagen para recordar en qué momento se encuentra la integrante.

2. Testimonio y validación de lo acontecido en las sesiones. Facilita la comprensión junto con otros registros la naturaleza de los conflictos que el integrante está expresando en las imágenes y la evolución sobre cómo se enfrenta a su tensión de crear, conectar con sus emociones.

3. Fenomenológico de los cambios estéticos (color, formas de marcas, formas, elementos que incluye, cambios de los elementos, etc.,) que presenta que están asociados a los cambios internos.

-Procedimientos interpretativos de carácter heurístico, hermenéutico, sustentativo (vinculado a la *grounded theory*); uso de la propiedad de la interpretación y a una definición racional del arte que incluyen habilidades que permiten trabajar con los componentes visuales y verbales de manera simultánea.

-Construcción y evolución de las narraciones autobiográficas recogidas por las pacientes.

-Recogida de información secundaria: la información se extrajo mediante reuniones que tuve con otros profesionales del campo de la salud y la investigación, procedentes del equipo de la Asociación AGRAFIM, de la universidad de Granada y del campo profesional del arteterapia como fueron:

-Supervisoras de esta fase del estudio (Virtudes Martínez⁷ y Montse Omenat⁸).

-Presidenta del centro de la Asociación de Fibromialgia de Granada (Carmen Cabanillas⁹).

-Investigador en el campo de la psicología y la fibromialgia (Leandro Martín¹⁰).

-Psicóloga de la asociación e investigadora en fibromialgia por la Facultad de Psicología (Ana Cuevas¹¹).

7 Profesora Jubilada de la Universidad de Granada. Departamento de la Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal. Supervisora académica de la primera fase del proyecto de investigación.

8 Arteterapeuta profesional reconocida por la Federación Nacional de Arteterapeutas, y supervisora científica de esta primera fase de la investigación.

9 Presidenta de la Asociación de Fibromialgia de Granada (AGRAFIM) durante el año 2009.

10 Leonardo Martín Armando estaba realizando una investigación sobre la "Relación entre estilos de personalidades y Fibromialgia". Estudia las principales variables psicológicas involucradas en la fibromialgia, con el fin de profundizar en el estudio y comprensión del dolor con el objeto de mejorar la calidad de vida de los/as afectados/as. Analiza que estilo o rasgos tienen las personas con fibromialgia en relación a los tipos de personalidades estándar. (La literatura ha establecido 14 tipos de personalidades).

Para llevar a cabo la investigación realiza una entrevista semi-estructurada (SCID2) aprobada por la Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A). Entrevistó a 200 personas: 100 personas que padecen fibromialgia y otras 100 personas que no lo padecían.

Después de la entrevista pasaba un cuestionario (CEPER-III): El cuestionario estudiaba características clínicas, dimensionales más allá de lo cuantitativo. Hablaba de dimensiones de la personalidad más que acumulación de criterios.

Comparó la relación entre la entrevista y el cuestionario. Ambos tenían como referencia los 14 estilos de la personalidad. Para reforzar su investigación los resultados obtenidos en ambos registros anteriores, los contrastó con "la teoría de los cinco factores de la personalidad".

11 Ana Cuevas: psicóloga del centro de AGRAFIM en el año 2009 hasta junio de 2010. Asiste a las pacientes de la asociación con terapia individualizada y en grupo. Trabaja un total de seis años en la asociación.

-Psicóloga clínica quien en ese momento estaba realizando su investigación doctoral con mención internacional desde la Facultad de Psicología de Granada en fibromialgia (Isabel López-Chicheri¹²).

La colaboración se caracterizó por hacer reuniones con una cierta periodicidad para compartir la información que estaba obteniendo desde mi herramienta de intervención que me posibilitase abrir debates reflexivos en torno a la problemática manifestada por las pacientes, para aumentar una mayor comprensión del fenómeno y para contrastar el trabajo que estaba realizando en mi espacio con sus espacios de trabajo. Paralelamente, permitió abrir debates y reflexiones entre los profesionales en torno al campo de la salud como eje transversal que atraviesa las instituciones políticas, sociales, jurídicas, culturales, etc., y cuestionar el discurso hegemónico en torno a:

- Qué medidas se estaban tomando desde las instituciones externas.
- Cómo se aplicaban y los efectos de las mismas en las receptoras y en las personas que sufren el síndrome.
- Cómo recibe e interpreta la sociedad este síndrome desde el discurso institucional y el mensaje que envían a modo de estigma a las personas que lo padecen y viceversa.
- Cómo las mismas las percibían, lo interiorizaban y lo devolvían a modo de hostilidad hacia el exterior.
- Los sesgos de género (se puede confirmar la proporción cuantitativamente mayor en las mujeres que en los hombres) que se informa de manera objetiva una desigualdad a nivel poblacional que abarca aspectos físicos, emocionales y culturales.

Estos encuentros donde se intercambiaron información y se abrieron espacios para el debate, la reflexión y análisis del síndrome de la fibromialgia, influyó en mi proceso de investigación porque me permitió poder pensar desde diferentes focos del campo de la salud el material recogido de las personas que estaba trabajando, así como, influyó en el diseño de la segunda fase de intervención en arteterapia.

Los resultados obtenidos (se expondrá más adelante en el apartado de estudios de casos) en esta fase, se devolvieron al centro para que los tuviesen en cuenta en el desarrollo de su programa de afrontamiento psicológico de la fibromialgia y en los contenidos que se desarrollan en la memoria anual del centro.

12 Isabel López-Chicheri Participa en una investigación ya finalizada y coordinada por la Universidad de Utrecht en la que están implicados los siguientes países:

- Alemania.
- Bélgica.
- Portugal.
- Reino Unido.
- España.

La investigación se denomina "Identificación de subgrupos de pacientes con Fibromialgia en función de sus características psicosociales".

El proyecto de la investigación lo llevan a cabo a través de un cuestionario (MPI-II) que evalúa tres dimensiones:

- Percepción e Impacto del Dolor: cómo perciben lo que interfiere el dolor en sus vidas.
- Percepción de las respuestas de la pareja ante el dolor: cómo reciben ellos las respuestas de sus parejas a sus conductas del dolor.
- Actividades cotidianas: cómo perciben el impacto que el dolor tiene en sus actividades sociales.

En función de la información recogida en esta investigación se pretende establecer tres perfiles de personalidades de las personas que padecen la enfermedad:

-Interpersonality Distresser: personas donde se les detectan muchos problemas sociales.

Gran impacto del dolor en el entorno social. 28%.

- Adaptive Copers/Minimizers: Personas que pueden llevar a cabo un afrontamiento activo y adaptativo. Saber utilizar las estrategias necesarias para afrontar el dolor y que impacten lo mínimo en sus vidas. 30%.

-Dysfunctional profile: Personas que no se adaptan, problemas sociales, con la pareja, sin estrategias para afrontar el dolor, 42%.

En función de las diferencias entre estos tres grupos y en función de lo que se hay en la literatura actual, el proyecto de investigación pretende diseñar tratamientos específicos de los tres perfiles.

La Universidad de Utrecht ha tenido especial interés en realizar la investigación conjuntamente con otros países de Europa, muy diferentes entre sí, para poder contrastar la información obtenida desde registros y contextos diferentes.



DISEÑO METODOLÓGICO DE LA
SEGUNDA FASE DE LA INVESTIGACIÓN
ACCIÓN EN LA ASOCIACIÓN GRANADINA
DE FIBROMIALGIA (AGRAFIM)

7.2.1 Introducción:

Tanto la primera fase como la segunda fase de intervención se englobarían dentro del proceso de pre-diagnóstico de la investigación. Constituyen unas fases claves para la posterior elaboración del diseño de la fase de fundamentación del cuerpo práctico.

La primera fase Investigación-Acción sirvió como primer contacto con el colectivo de mujeres que sufren el síndrome de fibromialgia. Al finalizarla, estuve revisando las referencias bibliográficas en el campo de arteterapia, terapias expresivas y fibromialgia, así como, diferentes campos de la salud que tuviesen relación al material que yo estaba recogiendo dentro de los talleres. Toda esta recogida de material (talleres, contacto con otros profesionales, literatura, etc.) fueron decisivos para adaptar el primer diseño y crear una segunda acción, modificando ciertos aspectos y añadiendo otros elementos.

Me gustaría señalar que una vez finalizado los talleres, tenía claro que iba a realizar una segunda acción ya que solo había intervenido con un estudio de caso, pero al mismo tiempo, la dificultades encontradas en la primera toma de contacto con las usuarias influyó a que decidiese buscar otro centro diferente a AGRAFIM, donde llevar a cabo la segunda fase de intervención. Como ya describí anteriormente, la primera intervención me supuso mucho esfuerzo en hacer llegar la existencia de este proyecto a las usuarias y la receptividad del mismo había sido baja. Especialmente estaba buscando un centro que estuviese en un pueblo de Granada porque en ésta asociación, ya realizaban muchas actividades, proyectos de investigación, talleres, servicios, etc., que las usuarias podían participar y hacer uso del mismo de manera gratuita. A parte que el arteterapia es una disciplina desconocida, otra de las dificultades que encontraba era el añadir un servicio más a los muchos que ya existían. Carmen, la presidenta de AGRAFIM estimaba que las asociadas estaban sobre saturadas de tantas actividades y eso hacía más difícil incorporar una nueva propuesta. Decidí buscar un centro en un pueblo porque entendía que al ser más pequeño no estarían tan sobrecargadas de actividades y podría ser más fácil incorporar uno nuevo, y por lo tanto, podría haber más demanda y receptividad hacia el mismo. Pasó alrededor de medio año cuando en medio de mis búsquedas en otros centros, me llamaron de la Asociación AGRAFIM solicitándome realizar los talleres de arteterapia porque había tres personas que estaban interesadas a raíz de lo que habían escuchado de la intervención realizada en la fase anterior. Me ofrecían la posibilidad de cobrar por ello o realizarlo sin remuneración si lo hacía mediante la investigación -opción que finalmente escogí- creyendo que si ya existían tres personas interesadas podría ser factible crear un grupo de intervención.

Procedí de la misma manera que en la fase anterior para la primera toma de contacto. En la presentación inicial vinieron cuatro personas. De cuales, solo dos de ellas confirmaron su interés por formar parte en el proceso de investigación doctoral.

Mi idea de creer que esta vez sí sería posible crear un grupo se disipó en el día de presentación del proyecto en que se presentaron solo cuatro personas, pero finalmente decidí llevarlo a cabo con dos personas y afrontar las dificultades inherentes que este colectivo presentaba de por sí con el tema de hacer terapias relacionadas a la psicología. Ya empezado las sesiones de arteterapia se incorporó una usuaria quien no pudo continuar por razones de salud y en la octava sesión se incorporó otra usuaria quien sí finalizó el proceso aunque en esta investigación no se ha incluido como análisis de estudio de caso, ya que no ha cumplimentado los veinte talleres que se establecieron como tiempo mínimo de duración pero si se ha tenido en cuenta en relación a la dinámica grupal, así como, cierto material resultante (obras, temas que han surgido) como material para contrastar con otros estudios de caso y la literatura.

Dada la dificultad que encontraba para que las pacientes se comprometieran a una asistencia continuada, con las dificultades de ligar el encuadre del cuerpo teórico de la investigación con el encuadre de los talleres del cuerpo práctico, comuniqué a las pacientes que los talleres tenían un coste de 15 euros al mes, y si al final de los mismos, habían cumplido con las normas estipuladas en el encuadre de asistencia, se devolverían dicho dinero. Esta consigna se comunicó el día de la presentación de puertas abiertas de los talleres, ellas lo aceptaron cuando decidieron confirmar su participación en este proceso de investigación pero en los primeros talleres se produjo una serie de tensiones y malestares en torno a esta consigna. Por un lado no querían pagar dicho dinero y no querían tampoco comprometerse a una asistencia continuada. Se habló en varias ocasiones de la importancia de la asistencia para que los talleres fuesen efectivos y realizarlos dentro de un marco adecuado. Dado el nivel de transferencia y contratransferencia negativa que experimenté, que estaba obstaculizando la tarea de trabajo, redefiní ese punto dentro del encuadre, no se cobraría los 15 euros y el punto de asistencia quedaba al criterio ético de compromiso y responsabilidad de las pacientes hacia este proyecto.

Este suceso ciertamente me hizo reflexionar sobre una de las principales diferencias que existen entre ejercer como arteterapeuta profesional (el rol que había ejercido hasta ahora) a investigadora. Me daba cuenta que el ejercicio del arteterapia variaba mucho según el paradigma de posicionamiento en el ejercicio de la investigación. En la práctica profesional, las ausencias de las/os pacientes se interpreta como modos de comunicación por parte de los/as participantes. Se analiza al sujeto tanto desde lo que dice como lo que no dice, tanto desde lo que hace como lo que no puede hacer, desde su estar y desde la ausencia. Todo ello supone una información útil para recoger información y orientar la intervención práctica. Ese hecho que en la práctica profesional es muy útil para poder pensar el psiquismo de la persona, dentro del encuadre de la investigación se estaba convirtiendo en un obstáculo, ya que si no asistían a un número mínimo de sesiones podría no ser válido el trabajo de investigación. Dadas las características de este colectivo, que uno de los medios de comunicación es a través del dolor en el cuerpo (tanto físico como emocional) que le imposibilita realizar tratamientos continuados, activaron en mí, una serie de miedos a que no sirviese de nada el tiempo de esas sesiones, y una ansiedad hacia la incertidumbre, de no poder controlar el proceso de la investigación. Solicitar que entregase un dinero a priori y que luego se devolvería era un medio por el cual, yo de manera inconsciente estaba actuando como reacción a esos miedos y ansiedades al fracaso como investigadora y las limitaciones con las que me encontraba por no tener una experiencia profesional consolidada, que unido con los relatos de otros profesionales hallados en la literatura donde apuntaba que era uno de las dificultades con las que los profesionales e investigadores se encontraban a la hora de ejercer con este colectivo, posiblemente hizo que conectase con uno de los temas centrales que posteriormente se abordaría en la problemática conflictiva con las participantes, la necesidad de “controlar” el proceso y los resultados de la intervención.

Aunque aparentemente las dos pacientes Carolina y Bárbara habían aceptado la norma económica dentro del encuadre cuando se apuntaron a los talleres, una vez comenzado los mismo, se convirtió en un elemento que les generó a ellas rabia, enfado, hostilidad hacia mí y de una manera inconsciente para ellas, me colocaron en la posición de ese “Otro” con un lugar parecido donde colocan también al personal sanitario (médicos, enfermeras, familiares y sociedad en general), de rechazo, incompreensión, soledad, y distancia.

Devereux (1994:42) decía que el científico del comportamiento debe de saber reconocer que *“nunca observa el hecho comportamental que se hubiese producido en su ausencia, ni oye una comunicación idéntica a la que el mismo narrador hubiera hecho a otra persona. La estructura del carácter, o sea, el elemento invariante de la configuración psíquica del trabajador de campo, no sólo filtra los datos que recoge sino que también determina muchas de las reacciones de sus informantes y aun su grado de productividad. Las inexactitudes en los hechos, las contradicciones consigo mismo y los pasajes oscuros suelen deberse a puntos ciegos del inconsciente, entre ellos los escotomas relacionados con la actitud profesional”*.

Posiblemente mis miedos activados en torno a no poder controlar la incertidumbre de la asistencia continuada, manifestada en ese juego entre soma y cuerpo, entre el no quiero y no puedo de las participantes a la hora de conectar con áreas emocionales que pueden colocarla en situaciones dolorosas, influyeron en ese “vano” intento de tratar de “controlar” al síntoma, como defensa para evitar mi propia angustia frente al no control; por lo tanto, sus reacciones podrían pensarse en relación a mi propio material psíquico, analizándolo como parte de un deslinde sujeto a la característica propia que existe en el paradigma cualitativo.

Devereux (1994:43) decía *“el que estudia al hombre sabe que tanto él como su sujeto son humanos, y que al estudiar al segundo inevitablemente se estudia también a sí mismo, del mismo modo que el analista, al tratar a sus pacientes, continúa también con su propio análisis... en parte para impedir una identificación neurótica y una interacción complementaria con sus analizandos”*.

Al mismo tiempo, a través de estas reacciones contratransferenciales posibilitaron el análisis de uno de los temas que han aparecido de manera central tanto en esta investigación como en la literatura, relacionado a la angustia despertada frente al hecho de no poder tener el control, el perfeccionismo como encubrimiento del miedo al fracaso, recogiendo un material ilustrativo para poder posteriormente pensar con mayor objetividad parte del conflicto manifestado.

Devereux (1994: 43) decía que *“los llamados “trastorno” o “perturbaciones” creadas por la existencia y actividades del observador debidamente aprovechados, pueden ser las piedras angulares de una verdadera ciencia del comportamiento”*. En la psicoterapia con orientación psicoanalítica, la transferencia y contratransferencia son herramientas para poder abordar dichos “trastornos o perturbaciones” y extraer de la misma, información válida para el análisis e interpretación de material inconsciente y traerlo a la conciencia.

Una vez que pude comprender esas reacciones de ansiedades por mi parte que al mismo tiempo, se podían conectar con ansiedades que ellas habían experimentado durante el proceso creador y la creación de las obras, en relación al “no control”, me permitió dejar de atacar a su síntoma (pedirles un compromiso de asistencia continuada de a priori es en cierta manera romper la alianza de emoción-cuerpo/emoción-somatización) que derivó consecuentemente, a que ellas me posicionara a mí, en otro lugar fuera del rechazo, de la hostilidad, en el Otro, y creásemos, por consiguiente, un nuevo vínculo terapéutico, donde fue posible la empatía y la confianza, que sin los cuales, no sería posible el ejercicio del arteterapia.

La investigación la estaba haciendo dentro de los parámetros del método del arteterapia y por lo tanto decidí, que podía actuar con el mismo encuadre que actuaba dentro del ámbito profesional. Invertí el encuadre de la investigación como parte del encuadre de la intervención práctica en arteterapia, realizando la investigación dentro de los parámetros de ese encuadre, en lugar de adaptar el método del arteterapia a parámetros más cercano a la investigación (cuya ontología está condicionada por el método científico-cuantitativo). Al inicio, las participantes que se ausentasen más de tres veces quedaban excluidas del estudio de investigación. Ahora, tras el cambio, hice uso de las ausencias de las pacientes como un instrumento de recogida de información para pensar en la sintomatología, y su psiquismo, excluyendo solamente a las participantes que se ausentasen más de tres veces sin justificar dicha ausencia, ni avisar previamente. Fue un recorrido de pasar del encuadre del cuerpo teórico de la investigación hacia el cuerpo práctico y dar coherencia al método de los estudios de casos, de crear la teoría de los mismos en función del material recogido en la práctica con todas sus particularidades. Y adaptar de tal modo el cuerpo teórico, a la realidad del colectivo con el que estaba interviniendo.

Finalmente, los dos estudios de casos cumplieron con la normas establecidas en el encuadre, y asistieron de manera continuada sin faltar más de tres veces tal y como se estipuló tras la reformulación del encuadre inicial.

7.2.2 Diseño metodológico de la segunda fase de la Investigación-Acción:

El diseño metodológico mantuvo gran parte de las características señaladas en la fase anterior, como: investigación-acción; heurística; estudios de casos; y se tuvo en cuenta el método de análisis de las imágenes de clasificación de valor, función y simbología realizado por Schaverien(1991). Pero también hubo algunas modificaciones que se han creído pertinentes tras el análisis de los resultados previos, como: el uso del método narrativo para construir el análisis de los estudios de casos (mediante notas de las narrativas durante las sesiones de arteterapia; la elaboración de un diario artístico por parte de las participantes); ampliación del número de las sesiones de doce talleres a un mínimo de veinte talleres, para poder tener un tiempo considerable para observar, recoger, y trabajar dentro de los límites físico, psicológicos de las pacientes, parte de la problemática que desplegasen dentro del espacio de arteterapia; y por otro lado, he añadido más estrategias de recogida de información que me permitiesen fundamentar mejor el material recogido durante la intervención.

Una de las finalidades de este proyecto era promover un cambio en las personas que participaron, tanto en un plano interno (talleres) como en un plano externo (institucional) y que dicho cambio tuviese efectos de transversalidad, donde pacientes, arteterapeuta/ investigadora, e institución pudiesen realizar una acción de movilidad que supusiese cuestionar sus propias prácticas y remodelarlas en función del trabajo realizado conjuntamente.

Otra finalidad consistía en acercar las necesidades de las pacientes a los objetivos de la terapia y a la política institucional. El fundamento giraba en torno a que al igual que las personas estamos en continuo cambio, igualmente deberían de estarlo los profesionales que asistían como la institución que los/as amparan, y visibilizar por ello, la importancia de promover espacios de diálogo, reflexión, análisis y reelaboración de los diseños de intervención, configurándolos desde una posición integradora, que posibilitase vías de acercamiento a las personas acorde a la problemática real, en detrimento a un programa estático susceptible a caer fácilmente en la estigmatización de la generalización de una etiqueta que no contemplase la subjetividad de las personas que lo sufren. Estos espacios posibilitarían paralelamente cuestionar las voces de todos los actores, y facilitaría hacer una revisión bidireccional, no sólo de los/as "usuarios" sino también de los/as "profesionales" que la asisten.

7.2.2.1 Encuadre:

Centro: Asociación Granadina de Fibromialgia.

Número de sesiones: 20 sesiones.

Dos horas de duración, a veces se alternaba entre una sesión a dos sesiones en semana. Los talleres tuvieron lugar 2010-2011.

Estructura de los talleres: El taller se divide en tres partes.

Una primera parte: se hablaba de aspectos de la creación de las imágenes de talleres anteriores. Segunda parte, se trabajó con los materiales de arte. Tercera parte, exponían lo que habían creado, expresaban cómo se habían sentido con el material, cómo había sido su proceso de arte, con qué podrían asociar esas emociones a otros aspectos de su vida, ideas o emociones que le habían surgido durante el proceso, etc.

Los talleres de arteterapia fueron semi-dirigidos. A veces se trabajaba desde unas consignas asignadas, otras solo desde las sugerencias del material y en otras ocasiones, se promovían acciones, a veces se le daba la consigna de cómo debían de trabajar y otras veces no había consigna.

Espacio: A diferencia del espacio usado en la primera fase de intervención, en el centro de la Federación Granadina de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (FEGRADI) ahora se ha

llevado a cabo en el centro de AGRAFIM. El espacio daba cerca a la calle. Había incomodidades físicas que a veces interrumpían el desarrollo de los talleres. Desde que era un espacio donde podían transitar otras personas, hasta que era un espacio que lo utilizaba para otras tareas y teníamos que movernos del lugar.

Estudios de casos:

Número de casos: 3.

Mujeres 65 y 68 años. Aunque se expondrá el análisis de estudios de casos de solo dos usuarias: Bárbara y Carolina. La tercera usuaria se ha llamado Diana¹. Los nombres son ficticios siguiendo el principio de confidencialidad.

Dos de ellas tiene diagnosticada la fibromialgia desde hace muchos años, a su vez, presentaban otras enfermedades como: reumatismo, dolor en los huesos, artrosis (una serie de síntomas de malestar en torno a dolor en los músculos, huesos), fuertes dolores de cabeza, migrañas. La tercera paciente no tenía fibromialgia, tenía fatiga crónica, también presentaban problemas en torno a dolor muscular, en los huesos, y en la cabeza. Todas ellas tomaban medicación para el dolor. Se caracterizaban por ser mujeres que llevan muchos años sufriendo la enfermedad y se han acostumbrado a vivir con ella y aunque han aprendido a sobrellevarla y encontrar maneras para controlar el dolor no sabían gestionarla, y presentaban episodios continuados.

Objetivos específicos

Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con Fibromialgia.

Posibilitar la reestructuración interiorizada de la imagen corporal dolorida.

Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.

Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.

Utilización de los talleres como medios trabajar creativamente emociones bloqueadas y de malestar en la subjetividad de las pacientes.

Conectar y escuchar al cuerpo de una manera diferente al dolor, mediante la expresión artística.

Orientar el uso del arte en su capacidad para presentar de manera organizada aspectos parciales de la propia subjetividad.

Construir otras vías de comunicación con uno mismo y los otros, alternativas a la palabra.

Ligar el trabajo de la creatividad con la función de "reparación", entendiendo la obra como una "recreación".

Sostener un espacio para estimular la capacidad de la creatividad hasta que se encuentre mínimamente preparada para expresar algo desde sí mismas.

7.2.2.2 Estrategias de recogida de información:

¹ Para mantener el principio de confidencialidad se han creado nombres anónimos.

Observación cerrada (Kawulich, 2005): (ver anexo 2).

Solicité el programa de objetivos establecidos por la asociación donde trabajaban las diferentes áreas de la fibromialgia. El centro trabajaba con diferentes tipos de objetivos para atender de una manera interdisciplinar el síndrome de la fibromialgia. De ese programa seleccioné el apartado de: "Afrontamiento psicológico a la Fibromialgia". De él seleccioné cinco objetivos:

- Asertividad.
- Comunicación.
- Autoconocimiento.
- Autoestima.
- Resolución de conflictos.

Y los convertí en cinco categorías de trabajo. Diseñé un registro cualitativo específico para la intervención en arteterapia con un total de 71 ítems (Ver anexo 1), que me permitiese analizar cada uno de los objetivos en relación aspectos artísticos como:

- Proceso creador.
- Relación con su obra.
- Relación con la obra del otro.
- Relación con la arte terapeuta.
- Análisis de su obra.

El registro se rellena de manera cuantitativa. Cada categoría con sus correspondientes ítems se valoran numéricamente del 0 al 5, siendo el 0 valor más bajo y el 5 el valor más alto, y los números 1, 2, 3 intermedios. Este registro fue cumplimentado por la investigadora al final de cada uno de los talleres y se relleno uno por cada usuaria. También hay un apartado para notas significativas de la observación de los talleres.

Hay que hacer una aclaración con respecto al registro cualitativo original. En el octavo taller se produjo una modificación del mismo dado a que las participantes ilustraban mediante la producción creativa, imágenes rígidas, estereotipadas, desconectadas entre la palabra y la imagen, niveles muy bajos de creatividad, tendencia a la mimesis o copia. La producción de estas imágenes nombradas, fue un factor determinante para cambiar el registro original elaborado en la metodología. En el análisis de la obra inicial unos de los ítems que aparecían era analizar la imagen como "abierta" y "cerrada". Tras el material recogido, se cambió estos ítems por otros como: "simetría", "asimetría", y "grado de determinación/establecimiento de límites entre las formas/colores".

El registro respondía a diferentes objetivos:

1. Recoger información cualitativa y cuantitativa de las categorías de trabajo señaladas que aportan información de características principales de la ontología de las personas que presentan el síndrome de la fibromialgia.

2. Visualizar mediante unos gráficos la evolución de los talleres de arteterapia.

3. Triangular la información junto con otras fuentes, para poder pensar desde diferentes perspectivas y variantes, el fenómeno del estudio.

4. Disminuir los sesgos que pueda producirse al llevar a cabo la investigación desde un rol conjunto (arteterapeuta e investigadora), mediante medidas que ayuden a observar, analizar el proceso, valores cualitativos, evolución y resultados, con instrumentos de medición de atributos cuantitativos.

5. Fundamentar mediante el método mixto de uso de instrumentos con atributos cuantitativos y cualitativos los resultados obtenidos y la hipótesis de la investigación.

6. Devolver, a través de la Investigación-Acción al centro los resultados obtenidos para que tenga un impacto, genere sinergias para ampliar los conocimientos incluidos en el programa interdisciplinar del centro. Con el fin a que contribuya a un enriquecimiento y mejora dentro del programa de asistencia para el afrontamiento de la fibromialgia.

7. Ofrecer al campo de la literatura del arteterapia un modelo de registro para futuras intervenciones ya sea tanto desde el campo profesional y/o de la investigación con este colectivo.

-Observación participante.

- Registro de la recogida de información de los talleres²: (anexo 3 y 4)

Nº de sesión

-Nº de participante

-Materiales

-Propuesta

-Grado de satisfacción de la propuesta

-Proceso

-Notas de la arteterapeuta donde se explora contenidos en torno a:

¿Cómo usaban y se comunicaban con el material?

¿Cómo fue la comunicación no verbal y el lenguaje corporal?

¿Qué emociones se desencadenan a través de la vinculación con los materiales de los diferentes talleres y con la arteterapeuta?

¿Cuál es la evolución de las usuarias en el transcurso de las sesiones de intervención?

¿Cómo expresaban el síndrome de la fibromialgia a través de los procesos de creación en las intervenciones de arteterapia?

-Sensaciones percibidas: Transferencia/Contratransferencia

-Análisis de las Imágenes

-Turno de palabra

-Aspectos significativos en relación a los temas emergentes, o de los talleres.

-Análisis de las imágenes como:

² Se propone este instrumento de descripción de las variables relevantes en cada una de las sesiones para después poder hacer un análisis sistemático, coherente y completo del material conjunto de las sesiones.

1. Registro, se hace fotografías, se toman notas acompañadas a la imagen para recordar en qué momento se encuentra la integrante.

2. Testimonio y validación de lo acontecido en las sesiones. Facilita la comprensión junto con otros registros la naturaleza de los conflictos que el integrante está expresando en las imágenes y la evolución sobre cómo se enfrenta a su tensión de crear, conectar con sus emociones.

3. Fenomenológico de los cambios estéticos (color, formas de marcas, formas, elementos que incluye, cambios de los elementos, etc.) que presenta que están asociados a los cambios internos.

-Procedimientos interpretativos de carácter heurístico, hermenéutico, sustentativo (vinculado a la *grounded theory*); uso de la propiedad de la interpretación y a una definición racional del arte que incluyen habilidades que permiten trabajar con los componentes visuales y verbales de manera simultánea.

-Construcción y evolución de las narraciones autobiográficas recogidas por las pacientes.

-Diario artístico de las pacientes: las usuarias deben de expresar sus ideas, impresiones, sensaciones de lo que han experimentado durante la sesión y que lo construyan en un espacio fuera del mismo para facilitar un proceso reflexivo más elaborado y con cierta distancia a lo acontecido. (Ver anexo 3 y 4).

-Entrevista de la evolución de su proceso creativo y de los talleres. (Ver anexo 3 y 4).

-Narraciones autobiográficas recogidas por las pacientes. (Ver anexo 3 y 4)

-Análisis del estudio de caso y relación grupal. (Ver anexo 3 y 4).

-Recogida de información de fuentes secundarias: siguiendo la línea metodológica de la fase anterior continué colaborando con otros profesionales del centro como: psicóloga clínica (Arancha Berjano³) presidenta del centro de AGRAFIM (Carmen Cabanillas); profesor de la facultad de ciencias del deporte (Manuel Delgado⁴) quien actualmente investiga en este campo.

3 Psicóloga de la Asociación Granadina de Fibromialgia, y entre sus funciones realiza: terapia individual, grupal, y otra variedad de actividades relacionadas al campo de la salud.

4 Profesor de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Granada. Colaborador desde el año 2011 con la Asociación Granadina de Fibromialgia mediante la investigación "Actividades físicas en mujeres con Fibromialgia: efectos sobre el grado de dolor, salud y calidad de vida". (Grupo CTS545). Con sus investigaciones se está cuantificando si los resultados obtenidos hasta la fecha se pueden reproducir en todas las provincias de Andalucía.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
DATOS DE LA SEGUNDA FASE DE LA
INVESTIGACIÓN ACCIÓN

En este apartado se va a exponer un análisis e interpretación de los datos recogidos de las usuarias Bárbara y Carolina de la observación cerrada de la segunda fase de la Investigación-Acción. Se ha incluido en los gráficos el material de la usuaria Diana pero no se va a hacer una interpretación de su material, ya que no se considera un estudio de caso a analizar, al no haber asistido de manera continuada todas las sesiones de arteterapia.

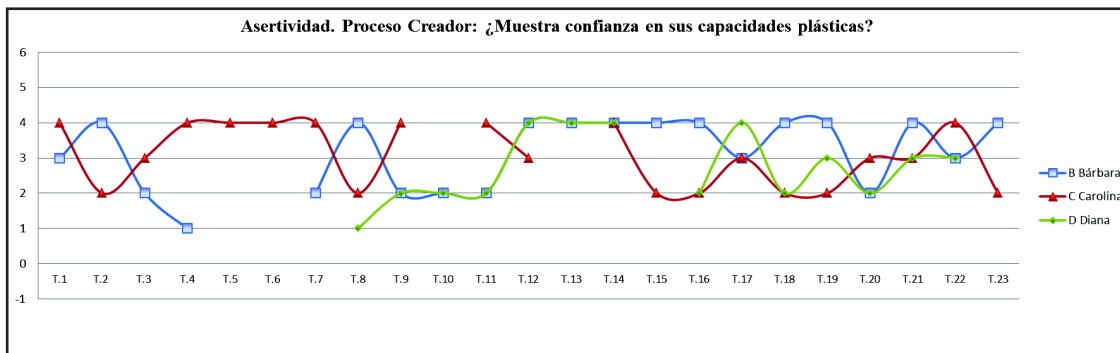
Se va a construir la interpretación en función de la visualización de los datos en gráficos. En los gráficos se puede observar la evolución de variables psicológicas como la asertividad, comunicación, autoconocimiento, autocrítica y resolución de conflictos en relación a variables de arteterapia: proceso creador, la obra del otro, su obra, análisis de la obra en sí y la relación con la arteterapeuta a lo largo de todos los talleres.

La valoración se hizo con una puntuación del 0 al 5, siendo 0, 1 las puntuaciones más baja; 4, 5 las más alta; 2 y 3 intermedias de baja y alta puntuación.

7.3.1 Interpretación de datos generales de la estrategia de recogida de información de la observación cerrada de la segunda fase de la Investigación Acción:

A continuación se va a presentar un análisis general descriptivo de Carolina y Bárbara a través de la información que se muestra en las tablas. El texto se va a organizar por la exposición de tablas cronológicas a la duración de los talleres, en donde se va a analizar los aspectos más relevantes de las dos participantes en cada una de las tablas.

Tabla 1: Asertividad. ¿Muestra confianza en sus capacidades plásticas?



Bárbara presentó más dificultades en relación a la confianza en sus capacidades plásticas durante los primeros talleres y fue mejorando conforme evolucionaba el proceso manifestándose ligeras disminuciones de confianza en los talleres 4, 9, 10 y 20.

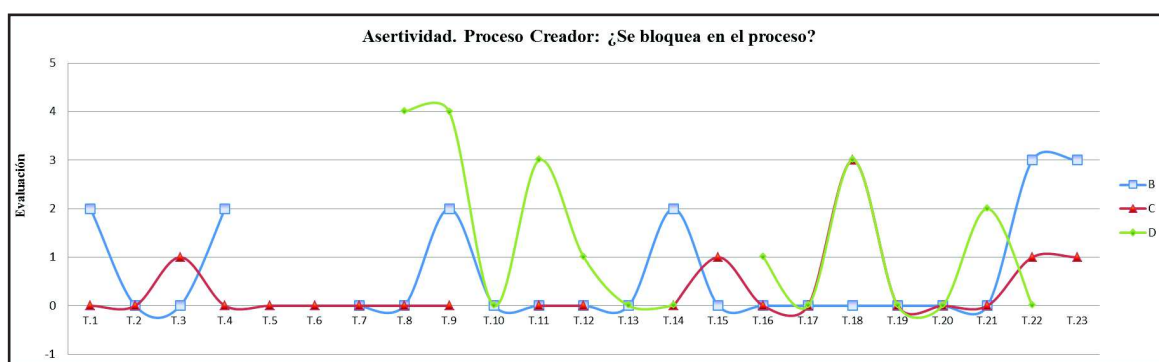
Sin embargo, contrastando esta información con la información cualitativa recogida a través de la observación participante, notas de los talleres y diarios artísticos, sí se pudo detectar que la falta de control fue un punto sensible y conflictivo para Bárbara, porque se activaron conductas marcadas por la queja, auto exigencias, autocríticas, emociones de inseguridad, y de malestar. El malestar generado por el hecho de usar por primera vez algunos materiales como la tinta, por tener que utilizarlo de una manera diferente, y el no terminar de gustarle sus obras, fue asociado por la técnica de la asociación libre de la palabra¹ con narrativas autobiográficas de su vida como con la dificultad que vivía para gestionar el síndrome de la fibromialgia y relaciones personales como con su pareja y hermana.

¹ Técnica usada en el psicoanálisis para obtener información del material inconsciente de las pacientes. Las pacientes hablan de ideas, emociones, recuerdos que la obra le evoca con otros momentos de su vida.

Se pudo observar que Carolina mostró más confianza en sus capacidades plásticas en el taller 1 y a partir del taller 3, y una disminución en la confianza en sus capacidades plásticas en el taller 8 y en los talleres 15, 16, 18, 19 y 23. La disminución osciló desde la puntuación 4 hasta la puntuación 2, en donde presentó una falta de confianza ligeramente tendente a la baja, ya que la puntuación 3 se consideraría por encima de la media. En este caso, las quejas se recogieron cuando tuvo ciertas dificultades para abordar el proceso creativo, como en la obra de "infancia" (ver anexo 5) en donde la participante dijo que tuvo que hacer grandes esfuerzos para pintar a la niña porque inicialmente quería pintar a un niño.

En ambas, las puntuaciones oscilaron desde por encima de la media a ligeramente más bajas, por lo que se podría pensar que exceptuando las dificultades propias del inicio de los talleres, no han manifestado mucha problemática por no saber la técnica o porque las obras no resultasen ser como les gustaría.

Tabla 2: Asertividad. Proceso creativo ¿se bloquean en el proceso?



En el caso de Bárbara los niveles de bloqueo ascendieron cuando se incorporó Diana en el taller 8, pero estaban por debajo de la media y ascendió un poco más en los últimos talleres 22 y 23 de cierre. Se podría analizar la asociación entre la activación del malestar interno en el taller 8 ante la amenaza de una nueva usuaria (alguien a quien no conocía tanto como a Carolina, no podía controlar), con las dificultades presentadas al no poder controlar su proceso creativo ni el proceso de las otras usuarias y en el cierre². En este taller, así como en el taller 1, Bárbara desplegó un discurso marcado por la idealización hacia la vida y los valores, que se podría asociar con la necesidad de hacer uso de ese mecanismo para sostener mejor las dificultades descritas. En estas situaciones ella tendía a hacer uso de discurso impregnado por una visión idealizada de cómo debía de ser ella, los demás, el mundo, etc., (donde también desplegó sus sentimientos de frustración, fracaso e incomprensión por la respuesta de los demás hacia ella). La activación del mecanismo de defensa de la idealización podría actuar como un mecanismo para no conectar con las situaciones de la vida marcada por la angustia. Estas actitudes se podrían analizar cómo miedos al fracaso, y dificultades para poder conectar y sentir su cuerpo. Así como, con la información extraída de la tabla 4 con la dificultad de poder sentir placer, disfrute, de sentirse así misma desde el deseo y el goce.

Esto arrojaría información interesante a explorar, no solo en las respuestas de somatización sino también en la incapacidad para poder sentir placer.

El discurso del amor idealizado dijo que había sido aprendido por su madre, quien siempre le decía que ella tenía que ser amor, bondad y buena para todo el mundo.

² En el cierre, se suele activar un malestar porque un cierre puede movilizar sensaciones de tristeza, pérdida, significando una despedida diferente a cada persona pero movilizandoo carga emocional.

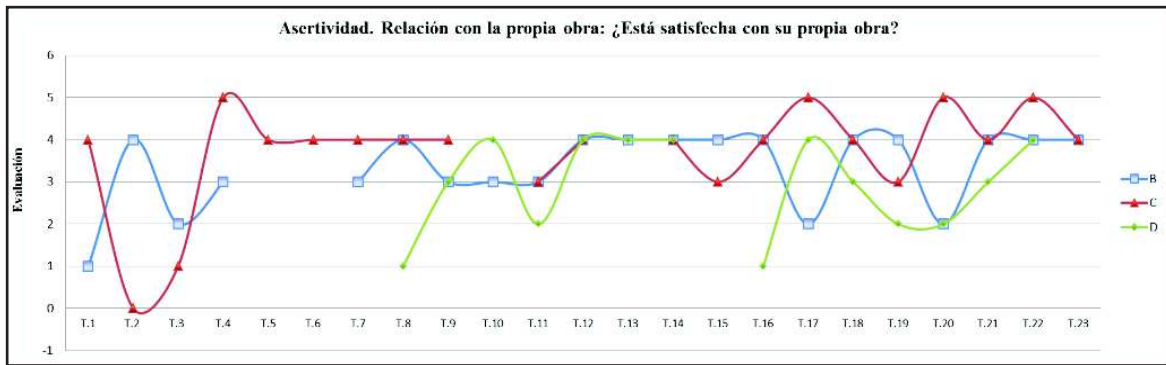
Este caso se podría comparar con el caso Alicia (ver anexo 3). Se podría pensar que en los momentos donde ella se sentía insegura, con ciertas dificultades se conectó con algo interno que no estaba sólido y ello podría haberle derivado a la necesidad de recurrir al modelo aprendido por la madre, un modelo que se podría relacionar a su vez, con el modelo de feminidad vigente, como un modo de identidad y posición ante los demás aprendido.

Los niveles más elevados de bloqueo que se observó en la tabla 2 se podría asociar también con las dificultades que presentó Bárbara en la tarea de trabajo: necesitaba hablar mucho, se sentía inferior o desvalorizaba su trabajo en relación al trabajo de Carolina, le costaba gestionar la movilización de emociones que se le habían despertado durante el cierre.

En el caso de Carolina no se han recogido puntuaciones elevadas en la tabla 2.

Tabla 3: Asertividad. Proceso creador ¿Se aísla? (ver anexo 2)

Tabla 4: Asertividad. Relación con la propia obra. ¿Están satisfechas con su propia obra?

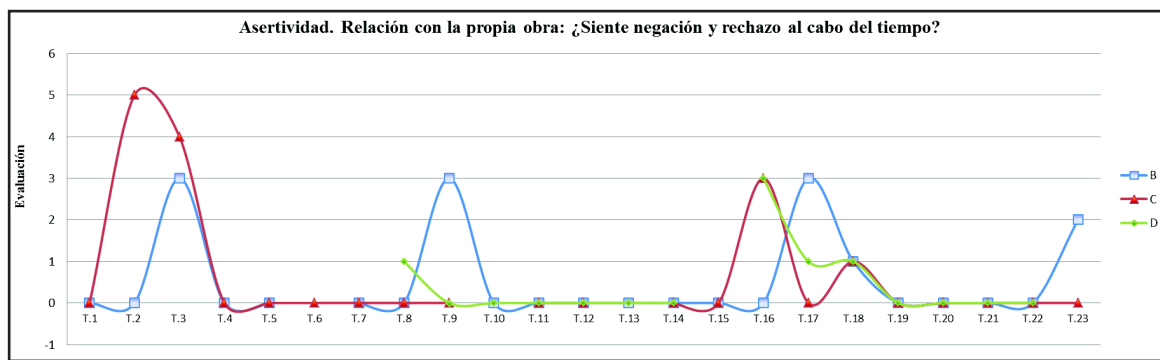


El caso de Bárbara se encontró disparidad a lo largo del proceso creativo. La evolución se caracterizó por un grado de satisfacción por debajo de la media 2 hasta otros niveles más elevados 4, aumentando y disminuyendo de manera constante. Estas puntuaciones estuvieron condicionadas por las narrativas de la usuaria en relación a las expectativas, exigencias y nivel de perfeccionismo que le gustaría alcanzar y que sentían que no lo cumplían. Bárbara tendió a manifestar una queja por no poder expresar mejor sus ideas, y emociones. Podríamos establecer a partir de la tabla 4, una relación entre el perfeccionismo, auto exigencia con la dificultad de sentir placer, disfrutar y sentir satisfacción hacia lo que hacía.

La disparidad se manifestó cuando la usuaria Bárbara extrapoló el proceso creativo fuera de los talleres e inició un proceso autónomo y por cuenta propia en su casa, donde lo trabajó mediante la libre expresión. La participante dijo que lo practicaba en su casa porque sentía bienestar cuando pintaba. Conforme fue evolucionando su proceso creativo el sentimiento de bienestar y satisfacción interna se hizo cada vez mayor, hasta el punto de colgar por deseo propio una de sus obras en una de las salas de la asociación.

En el caso de Carolina se pudo observar en la tabla 4 un aumento progresivo en la satisfacción por su obra. Es significativo el taller 3, 17, 20 y 22 que obtuvo las puntuaciones más altas de satisfacción. Sin embargo, aunque en esta usuaria los niveles son mayores que la usuaria Bárbara, se observó un desinterés hacia sus obras el último día del taller donde se les daba la opción de llevarse sus obras manifestando un rechazo hacia las mismas, según ella no podía meter más cosas en su casa y que prefería tirarlas. Bárbara se extrañó de esa respuesta e intentó convencerla desde el valor que para ella tenían sus obras.

Tabla 5: Asertividad. Relación con la propia obra: ¿Siente negación y rechazo al cabo del tiempo?



Bárbara sintió un rechazo de elementos de su propia obra en los talleres 3, 9 y 17, puntuándose ligeramente hacia arriba, por encima de la media, puntuación 3. Y Carolina lo manifestó en las obras creadas en el taller 2 y 16.

En el caso de Bárbara en la obra del taller 3 (ver anexo 4) se produjo un mayor riesgo a la hora de llevar a cabo su propio proceso y una menor búsqueda de imitación a otras personas o imágenes externas. Posiblemente, este mayor riesgo provocó en ella una mayor ansiedad ante el hecho de no poder controlar la técnica. Tal y como cita Bárbara:

“He tenido que crear desde la imprevisibilidad de la tinta, he creado desde lo que me sugería, me he tenido que amoldar a ella”.

Durante el proceso creativo se podía observar a la usuaria de pie, golpeando con una cartulina al folio para impedir que la tinta siguiese deslizándose. Actitud de cierta “agresividad” que podría reflejar su propio movimiento interno y la manera de abordar las dificultades presentadas en otros contextos, haciéndose ilustrativo la repetición del mismo dentro del taller.

En el taller 9 el rechazo tuvo lugar en relación a la técnica de pintar con las manos. Se pudo recoger conductas de hostilidad desplazadas hacia las compañeras a quienes instruía en torno a: dejar limpio el material, no mezclar los colores, uso adecuado de los mismo, etc. Especialmente, expresaba una fuerte tensión interior, cuando algo *“no estaba correctamente limpio, ordenado, en su lugar”*³. En la asociación libre de la palabra en torno a la identificación del malestar con aspectos biográficos, finalizó hablando de su relación con su hermana menor, a quien también le habían diagnosticado de fibromialgia y a quien la paciente la definió como obsesiva de la limpieza. Tras definir a su hermana así, se reafirmaba a ella misma diciendo que ella no era una persona tan obsesiva como su hermana pero que le gustaba tener las cosas limpia. Hay un juego de palabras entre la negación, afirmación, necesidad, limpieza y obsesión. El taller 17 el malestar lo experimentó con el material de la arcilla, en donde representó el vínculo entre una madre y una hija. A través de esta obra revivieron recuerdos en donde ella a edad muy temprana tuvo que hacerse cargo de la limpieza de la casa ante la constante queja de su madre por tenerlo todo limpio.

Se pudo detectar por las narrativas desplegadas en el caso de Bárbara y los datos de los gráficos, que la obsesión de la limpieza supuso un elemento conflictivo en la relación con los otros. Cuando la usuaria recordó esa queja materna, pudo tomar conciencia que a la edad

3 Se puede analizar esta afirmación de la paciente como una reafirmación de su obsesión por la limpieza mediante la negación de la misma.

de 7 años experimentó su primer dolor en la pierna y los sentimientos de agitación que le provocaba la demanda de su madre. La percepción de Bárbara de la interpretación de la constante queja de la madre, era que la madre trataba de cubrir sus carencias afectivas por parte de su padre a través de sus hijas y lo desplazada a través de la queja y la constante demanda de que la casa estuviese muy limpia. Estos datos se podría relacionar con la reflexión de Levinton, (2004) quien asoció en su investigación el "superyó femenino" a la madre del caso de Dora (caso investigado por Freud) con "la psicosis de la ama de casa". Para Levinton esta obsesión significaría un desplazamiento de la carencia afectiva en la relación de la pareja, con el cuidado y mantenimiento doméstico, como un mecanismo de defensa para cubrir de tal modo la falta interna.

En el caso de Carolina presentó rechazo a algunos de los elementos de las obras 2 y 16. En el taller 2 la usuaria experimentó un rechazo en la obra "el regalo" (ver anexo 5) en el elemento de la representación del ojo, concretamente. La obra respondería a unos niveles estéticos marcados por la rigidez y la ordenación. El ojo sería el único elemento que no se encontraría en su lugar, que rompería la simetría del orden de la composición. En la obra del taller 16 (ver anexo 5) en donde ha representado el límite de su cuerpo y lo ha pintado por dentro y por fuera, volvió a experimentar un rechazo por una mancha roja que se encontraba encima de la cabeza y que rompía el orden y la simetría de la composición. El cuerpo por dentro lo había decorado con colores que representaban los chacras, alienándolos en la mitad del cuerpo desde abajo hacia arriba de manera simétrica y al finalizarlo pintó la mancha roja fuera de los límites de la composición. En la obra del taller 4 "formas" (ver anexo 5), ocurrió algo parecido, un elemento (el ojo) se escapaba del orden establecido y ella volvió a señalar su rechazo a ese elemento.

En el caso de Carolina hubo rechazo ante aquello que está fuera del orden establecido, fuera del control, como se recogía en los gráficos de los talleres 2, 4, y 16.

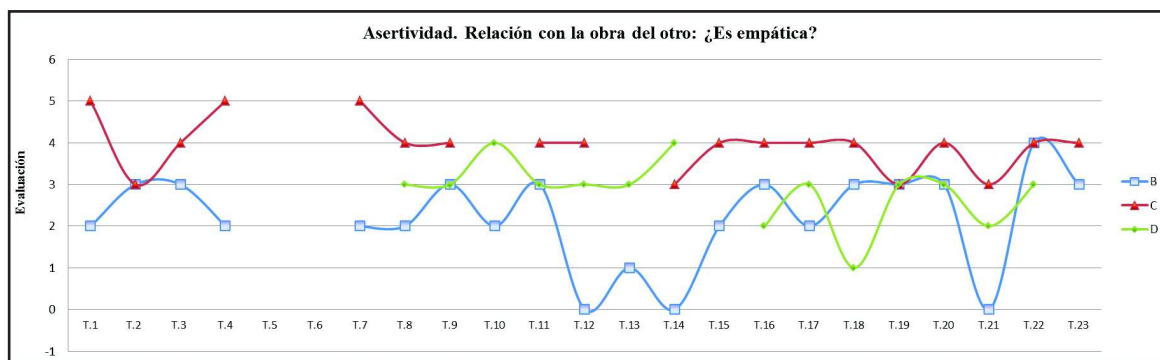
Por lo tanto, se podría pensar que al igual que en el caso de Bárbara, hubo un rechazo ante aquello que se está fuera del orden establecido, fuera del control.

Tabla 6: Asertividad. Relación con la obra del otro. ¿Son destructivas?



Es significativo que Bárbara presentó los niveles más altos. Manifestó puntuaciones que oscilaban desde 3 al 4 en los talleres 13, 14, 17 y 21. En contraposición a las otras usuarias se pudo establecer relación con la tabla 8 donde analizó si se establecía comunicación con la obra del otro, se ha podido recoger también puntuaciones ligeramente más bajas en el caso de Bárbara concretamente en los talleres 4, 13, 15 y 16 y ligeramente más bajo en los talleres 10, 11, 14, 17, 18 y 21. Apreciándose en menor medida en el caso de Carolina, donde se recogió una disminución de la comunicación en los talleres 4 y 21.

Tabla 7: Asertividad. Relación con el otro ¿es empática?



Se observó una tendencia a una menor empatía en Bárbara, en comparación con las otras usuarias, presentando puntuaciones ligeramente más bajas desde el taller 10 hasta el 18 y 21 y muy baja con puntuación 0 en el taller 4.

En comparación con las notas recogidas durante la observación de los talleres, notas y diarios artísticos, se observó que en Bárbara hubo una tendencia a la dificultad de poder ver al otro más allá de sus propias necesidades y limitaciones. Tendía hacer uso del discurso del otro para hablar de sí misma sin escuchar realmente la problemática o el material que el otro estaba trayendo. Esta actitud generó dificultades para que Diana se sintiese integrada y actuó como bloqueador en el desarrollo grupal. A parte de hacer uso del discurso del otro para hablar de sí misma tendía a hacer ruidos o gestos de falta de respeto como continuar con la práctica creativa mientras la compañera hablaba. En varias ocasiones la arteterapeuta tuvo que poner los límites, recordando las normas del encuadre.

De las tablas 6 y 7 (ver anexo 2), en donde se observaron niveles más bajo de empatía, comunicación con la obra del otro, y escucha en Bárbara, se podría concluir que parte del conflicto que se ha activado durante los talleres podría tener relación a su malestar cuando no tenía el control, como ya se ha mencionado anteriormente. Ahora, podríamos reflexionar el conflicto en relación a la imprevisibilidad del otro cuando no cumplía las funciones que de manera inconsciente ella le ha podido atribuir. Se podría pensar que el otro se podría estar colocando en la posición de ese Otro (original) que reactualizaría su falta. Este modo de vincularse se hacía cada vez más fuerte porque se afianzaba las percepciones de desvalorización, agresividad, rechazo que prolongado en el tiempo podría ser uno de los factores que condicionase en la sintomatología del dolor.

En el caso de Carolina también se observó estas conductas aunque los niveles de destructividad son menores y la capacidad de la empatía dentro de los talleres fue mayor, se encontraron similitudes en ciertas percepciones sobre cómo eran las cosas para ella y como debería de comportarse el otro con respecto a ello, sintiendo ella que cuando el otro, no cumplía con sus expectativas o actuaba de un modo diferente, surgía el problema y lo definía como un problema que tenía el otro por no querer aceptarlo. Por lo tanto, se podría concluir que presentaba dificultades para flexibilizar, discernir, ver al otro más allá de la privación y de su falta, como se ha podido recoger en los talleres del 16 al 19. En estos talleres se abrió un debate sobre el origen de la fibromialgia, Bárbara y Carolina decían que para ellas se debía a un exceso de amor a los demás y se produjo un enfrentamiento cuando Diana le devolvió que el discurso caracterizado por ella de "amar, ser las buenas", estaba condicionado por las necesidades de ellas, de su propia dependencia, más allá a las necesidades de las otras personas.

Tabla 8: Asertividad. Se establece comunicación con la obra del otro. (Ver anexo 2)

Tabla 9: Asertividad. Relación con la arteterapeuta. ¿Relación transferencial de positiva? (Ver anexo 2)

Tabla 10: Asertividad. Relación con la arteterapeuta. ¿Relación transferencial de negación?

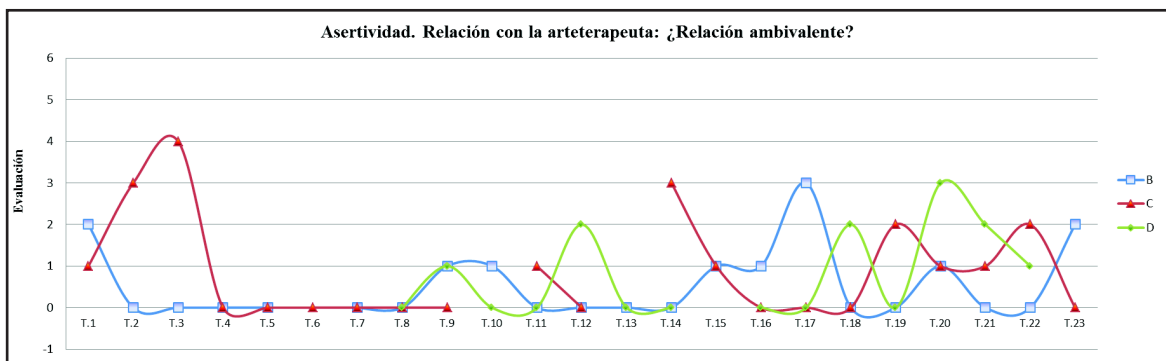


En el caso de Bárbara, se percibió reacción de negación en el taller 20 hacia la arteterapeuta por la manera en como la misma estaba gestionando el conflicto que existía entre Diana y ella. Bárbara demandó más atención y necesidad de reconocimiento.

En el caso de Carolina en los talleres 2 y 3, se observó una reacción de malestar y conflicto hacia la arteterapeuta en los primeros talleres ante las normas establecidas en el encuadre.

Tanto Bárbara como Carolina reaccionaron una vez aceptado el encuadre, con la norma de compromiso de asistencia de continuidad, manifestando quejas por no sentirse suficientemente comprendidas por la situación de enfermedad que tenían.

Tabla 11: Asertividad. Relación con la arteterapeuta: ¿Relación ambivalente?



En el caso de Bárbara, en el taller 17 se observó los niveles más altos.

Mientras que en la tabla 9 (ver anexo 2) se exploró la transferencia positiva había una mayor tendencia de manera más constante en el caso de Bárbara que en Carolina donde oscilaba con más ambigüedad. Los datos de estas tablas fueron significativos en relación a la información recogida durante los talleres sobre la relación vincular con sus madres⁴. La información

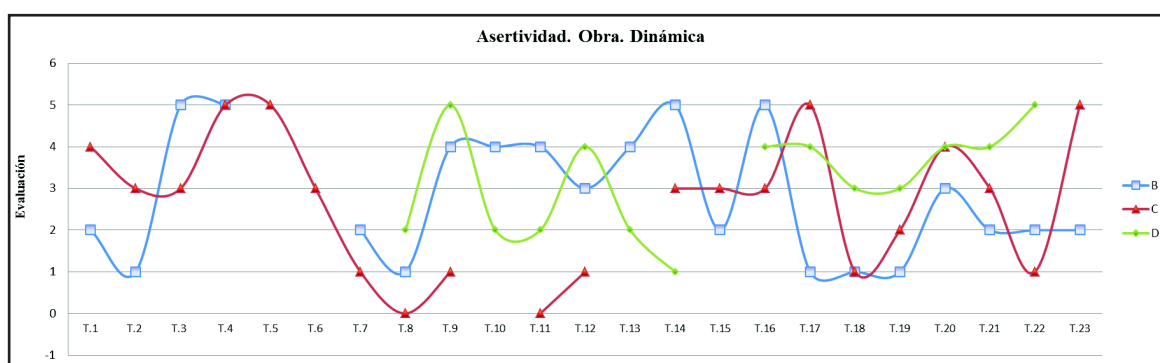
4 Desde la orientación psicoanalítica se analiza la transferencia que se establece entre las usuarias con la arteterapeuta, como un modo de activación de emociones y estados relacionados a los objetos internos (personas que han cumplido la función cuidadora). Estas relaciones originales marcan de manera estructurante la psique y condicionarán las vinculaciones posteriores. Analizar cómo es la transferencia con la arteterapeuta permite a la misma obtener información del material inconsciente de las usuarias y orientar el tratamiento. En las tablas se ha

recogida en las otras estrategias cualitativas (notas de la observación participante, obras, narrativas y diarios de las participantes) se analizó que en el caso de Bárbara se podía recoger una relación con su madre caracterizada por la idealización (citó: *“mi madre era todo amor”, “nunca discutía”, “yo me llevaba siempre muy bien con mi madre...”* etc). Sin embargo, en talleres posteriores, narraba otros hechos como que su madre le exigía hacer funciones de casa muy duras para su edad y le demandaba mucho afecto. Es significativo que ella cuando lo narró y se refería a su madre siempre había una veladura de idealización, sin reproche o crítica hacia el malestar que le ocasionó aquello. En el taller se reactualizó la queja y demanda de su madre hacia ella con la misma queja y demanda que Bárbara hizo a las otras participantes, vinculándose en muchas ocasiones desde la necesidad de dominar y controlar los elementos del taller.

En el caso de Carolina recogemos puntuaciones más altas en los talleres 3, 4, 15 y ligeramente más bajas en los talleres 19 y 22. Aunque al inicio hubo problemas con las normas del encuadre, las reacciones inconsciente hacia la arteterapeuta sobre la reactualización de la dependencia se manifestaban con sutiles quejas y resistencias hacia las usuarias, materiales o pidiendo retrasar los talleres a sus necesidades. De esa manera solicitaba la atención y demanda de la arteterapeuta pero el malestar lo desplazaba en las otras usuarias. Se recogieron citas de Carolina cuando hablaba de su madre como: *“mi relación con mi madre no fue a más por mi culpa”; “...puedo entender que tuvo una vida dura pero no se justifica...no puedo recordar recuerdos buenos hacia mi madre...”*. Y de igual modo esta relación de ambivalencia hacia su madre se actualizó en los talleres, por ejemplo no manifestar una queja directa pero al siguiente taller olvidar el material solicitado, bloqueando el correcto funcionamiento de la tarea de trabajo. Modos sutiles de comunicar sus resistencias y de “interrumpir” o “impedir” que los talleres se desarrollasen mejor.

En ambas se hacía patente los sentimientos de hostilidad reprimidos, la rabia, el odio, la privación. Manifestando posiciones de subjetivación en la relación transferencial con el otro dicotómicas: fusión/separación; acercamiento/lejanía; amor/odio.

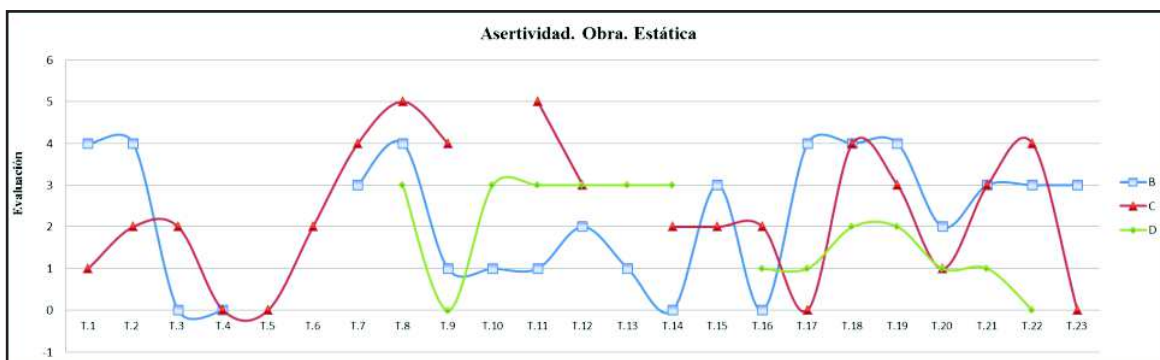
Tabla 12: Asertividad. Obra. Dinámica



En el caso de Bárbara puntuaciones positivas desde los talleres 2 al 16 exceptuando los talleres 2, 8, 17, 18, 19. En el caso de Carolina encontramos una disminución de este ítem en los talleres 7, 8, 11, 12, 18 y 22.

podido establecer una relación entre la información recogida de la observación cerrada con las narrativas que las usuarias han desplegado de sus madres, así como, las emociones que han proyectado en las obras en relación a este tema, y el modo de relacionarse dentro del taller y su relación a otros modos de relacionarse con otras personas.

Tabla 13: Asertividad. Obra. Estética



En el caso de Bárbara, hubo una tendencia mayor que se manifestó en los primeros talleres experimentando una disminución hasta el taller 8, donde volvía a disminuirse hasta el taller 15 y se incrementó en los talleres 17 y 19.

Fue significativo observar en el caso de Bárbara que los talleres donde tuvo que trabajar con la compañera a nivel grupal, o cuando entró una nueva participante, aumentó el valor de los ítem de estatismo, simetría, fragmentación (ver tabla 17, anexos 2) y necesidad de poner límites entre los colores y formas, mientras que cuando trabajaba más concentrada en su proceso o sola (las obras que hizo fuera de los talleres) las puntuaciones disminuyeron notablemente. Se podría reflexionar como en la relación con el otro, se activaron mecanismo defensivos asociados a la rigidez, a la dificultad del movimiento, a la necesidad de actuar con conductas marcadas por el control y proyección de conflictos sin elaborar, como por ejemplo, la necesidad de imponer la limpieza, el modo de usar las pinturas, el modo de utilizar los materiales al resto del grupo.

En el caso de Carolina se recogieron estas características en los talleres 7, 8, 9, 11, 12, 18, 19, 21, 22.

Dado que hay una tendencia a las composiciones simétricas (ver tabla 14 y 15, anexo 2), y que aparecía con frecuencia, se cambió el registro inicial, que contemplaba un ítem que versaba "observación cerrada" sustituyendo el ítem de cerrado por simetría; y se añadió el ítem: "tendencia a la necesidad de establecer límites entre las formas y los colores"; "la fragmentación".

Estas características plásticas se podrían interpretar en arteterapia según la manera de representarlo, con características psíquicas de las usuarias en relación a la rigidez de pensamiento (como se manifestaba en tablas anteriores); y se podría recoger datos cualitativos en torno a la capacidad de tolerar y aceptar la diferencia del otro y ver al otro sin la proyección de su falta.

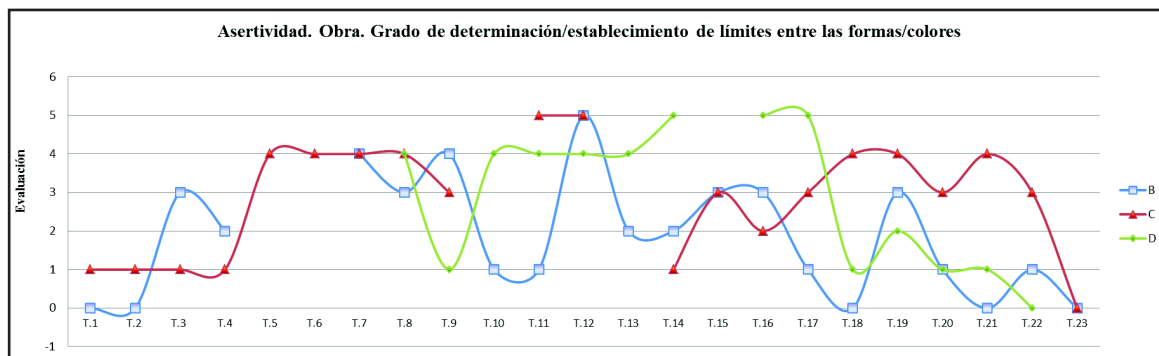
En Bárbara y Carolina se observó que los niveles del ítem de estatismo en la obra, y de la simetría desde los talleres 18 en adelante experimentó un efecto diferente que en Diana, quien presentó un aumento de dinamismo y asimetría. Es significativo que en esta fase de los talleres Diana se confrontó a las otras dos participantes, discrepando en las percepciones que ellas tenían sobre ellas mismas, concretamente sobre sus deseos de querer ayudar al otro y sus conductas de dar al otro todo lo mejor.

El valor que tenía asignado la característica de equilibrio en la observación cerrada estuvo relacionado a un reflejo de mayor ordenación, elaboración, integración de las emociones en contacto de las mismas desde el cuerpo y la mente.

Tabla 14: Asertividad. Obra. Simetría (ver anexo 2)

Tabla 15: Asertividad. Obra. Asimetría (ver anexo 2)

Tabla 16: Asertividad. Obra. Grado de determinación/establecimiento de límites entre las formas/colores



Se observó en el caso de Bárbara que se acentuó dichos límites en los talleres 7, 9 y 12 oscilando por encima de la media y por debajo de la media en el resto de los talleres.

En las obras de Carolina se recogieron una disminución de la simetría desde las obras 10 al 18 y un aumento en la fase final de los talleres. La simetría se podría pensar como una ilustración de la dificultad ante el material reprimido emergente, como una forma de sostener y contener el material proyectado.

En la obra Formas (ver anexo 5) se apreció que la usuaria se arriesgó por primera vez y mezcló el color negro con el blanco experimentado un placer y satisfacción al unir dos colores en lugar de representarlos de manera fragmentada como había hecho hasta ese momento en los talleres. Al mismo tiempo, se pudo ver en la obra una base que sostenía las dos bolas que ha mezclado. En la fase final de los talleres se observó que se produjo una disminución del establecimiento de los límites entre las formas y los colores, que podría arrojar información de una disminución de los mecanismos de defensa para poder conectar sus emociones con una menor amenaza a la fragmentación. La fragmentación de sus obras (tabla 19, ver anexo 2) se mantuvo de manera muy regular con puntuaciones un poco por encima de la media que visibilizaría la dificultad para poder pensarse de manera integrada, unificada, exceptuando algunos talleres donde experimentó el insight⁵ y pudo conectarse con el aquí y ahora de sus emociones, trabajándolos de manera más consciente con el proceso creativo.

Así como se observó también en este caso, una evolución de composiciones rígidas, simétricas, estáticas, monocromáticas con el establecimiento de límites entre los colores y las formas a otras composiciones donde se permitió experimentar, mezclar los colores, romper la simetría de las obras originales transformándola en otras asimétricas (descubriendo en esos actos la experimentación del placer), límites entre las formas y colores más diluidos, discontinuos, y un aumento de la figuración y del equilibrio.

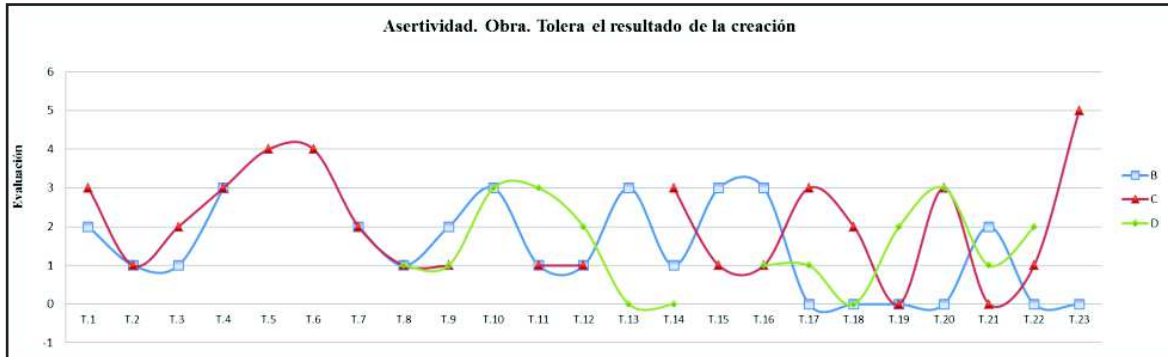
Tabla 17: Asertividad. Obra. Fragmentada (ver anexo 2)

Tabla 18: Asertividad. Obra. Equilibrio (ver anexo 2)

5 Término que se utiliza en la psicoterapia psicoanalítica para hacer referencia de la toma de conciencia de aspectos subjetivos psíquicos.

En ambas participantes, Bárbara y Carolina, hubo una mejoría en la tabla, las composiciones alcanzaron mayor equilibrio como efecto favorable de los talleres.

Tabla 19: Asertividad. Obra. Tolera el resultado de la creación



En el caso de Bárbara alcanzó las puntuaciones más bajas en los talleres: 17,18, 19,20 ,22 y 23 y ligeramente más altas pero por debajo de la media: 2, 3, 8, 11, 12, 14 y 21.

En el caso de Carolina en el 19, 20, 21 y ligeramente más alto pero por debajo de la media: 2,8, 9,11, 12, 15,16, y 22.

Estos datos nos podrían mostrar las dificultades que manifestaron las usuarias a la hora de poder tolerar el material emergente durante el proceso creativo y lo que sus obras a modo de función de “espejo”⁶ podrían devolverles sobre sí mismas.

Tabla 20: Comunicación. Proceso Creador ¿Hay receptividad con el material? (anexo 2)

Se pudo encontrar puntuaciones positivas también en la receptividad con la obra del otro, con ligera disminución en el caso de Bárbara en el taller 17. Sin embargo se observó mayores dificultades en el caso de Bárbara para comunicarse con las compañeras desde lo que ellas traían a nivel plástico. Hubo una puntuación más baja en el taller 13 y ligeramente más baja en los talleres: 2, 16, y 17. Estos datos coincidirían con las tablas donde se exploró la capacidad de la empatía, escucha y diferenciación con la obra del otro.

Tabla 21: Comunicación. Proceso Creador ¿Se concentra? (Ver anexo 2)

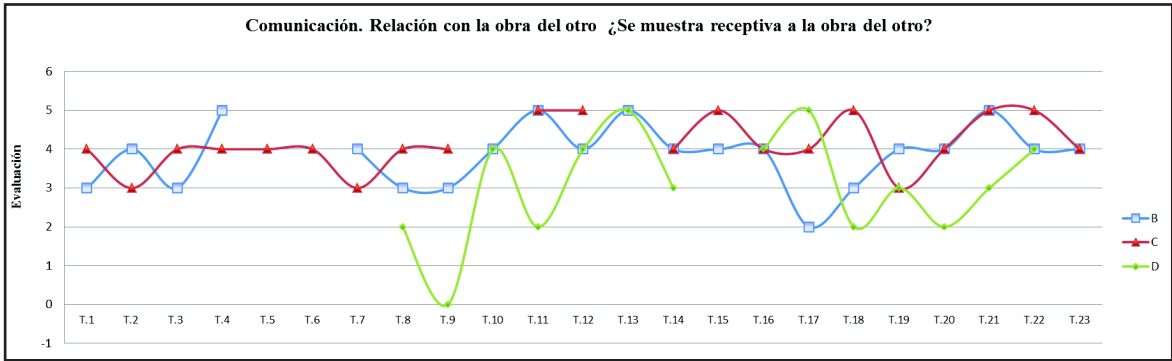
Tabla 22: Comunicación. Proceso Creador ¿Hay algún interés hacia lo que está sucediendo durante el proceso? (Ver anexo 2)

Tabla 23: Comuniación. Relación con la obra ¿reflexiona sobre la obra? (ver anexo 2)

Tabla 24: Comunicación. Relación con la obra ¿la obra le expresa o comunica algo? (ver anexo 2)

Tabla 25: Comunicación. Relación con la obra del otro. ¿Se establece una comunicación con la obra del otro? (Ver anexo 2)

6 En arteterapia la obra cumple una función de espejo de la psique de la persona que practica la creación, en donde se puede recoger material que no ha podido ser elaborado por la palabra. A partir de la proyección de ese material en la obra, la observación del mismo y la identificación, la usuaria puede empezar a poner palabra y a elaborarlo.



En el caso de Bárbara, esta tabla se contrapuso con la tabla del nivel de tolerancia de las obras creadas. Desde la capacidad y función que tiene las obras de proyectar material del psiquismo, se podría observar por un lado, que la capacidad de tolerancia de recoger el material de sus obras, osciló de manera más dispar, caótica, con subidas y bajadas y por otro lado, se relacionó con la manera de vincularse en los talleres entre sí mismas con tendencia al acting out, y con las narrativas que compartirían de sus dificultades con otras personas en su cotidianidad. Aunque los niveles de tolerancia se caractericen por respuestas binarias, la capacidad para reflexionar y establecer una comunicación con sus creaciones, parece estar más presente a lo largo del proceso evolutivo.

Tabla 26: Comunicación. Relación con la obra del otro. ¿Ha habido silencio y distancia?



Se analiza si se ha producido un silencio y distancia con la obra de las compañeras, se pudo recoger actitudes ligeramente más notorias en los talleres, 3, 7 y 13, por parte de Bárbara.

En general las puntuaciones han sido bajas en el caso de Carolina.

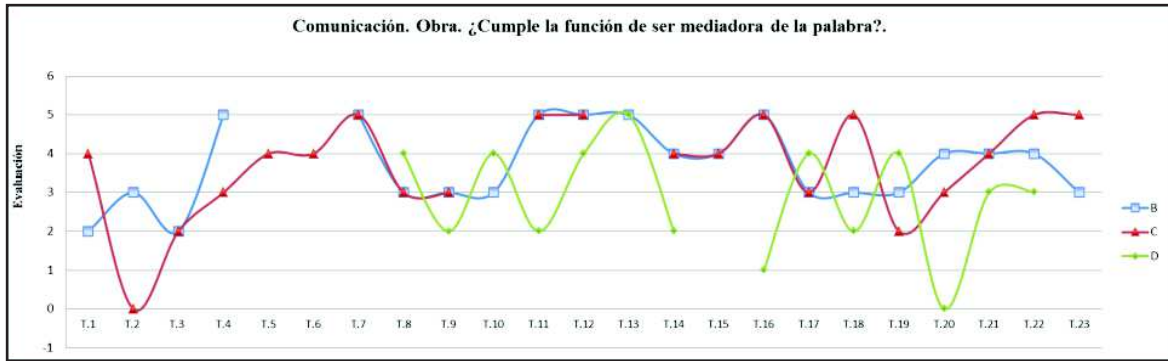
Tabla 27: Comunicación. Relación con la terapeuta. ¿Expresión de ideas de manera abierta y fluida?



Se pudo recoger resultados favorables a nivel general en las usuarias. Se observó mayor dificultad en el caso de Carolina en los talleres 2 y 3.

Se podría establecer una relación en función de estos datos recogidos en estas últimas tablas con la tabla donde se recogía información de la relación transferencial con la arteterapeuta y los miembros del grupo.

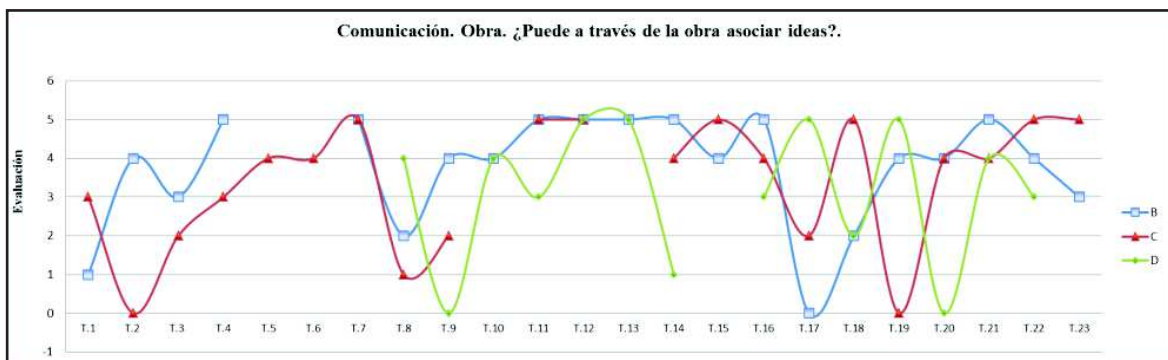
Tabla 28: Comunicación. Obra. ¿Cumple la función de ser mediadora de la palabra?



Se pudo analizar de manera favorable que sí cumplió la función de ser mediadora de la palabra a nivel general, en todas las participantes. Estos resultados favorables se podría comparar con los resultados obtenidos en las tablas que van desde los talleres 20 al 26 que nos aportarían datos sobre los beneficios, potencialidades y funciones del arteterapia y sus efectos positivos en el desarrollo evolutivo de las usuarias.

Como se reflejó en la tabla, a través de las obras las usuarias han podido identificar emociones, ponerle palabra, construir narrativas que ligaban la obra con su novela familiar, permitiéndose conectar con emociones dolorosas y construir un espacio tanto a nivel plástico como emocional para abordarlas y resignificarlas, con mecanismo caracterizados por procesos creativos que han posibilitados nuevas vías sustitutivas a la somatización, negación y represión del material inconsciente. Mediante las obras creadas han podido acceder a un mayor autoconocimiento de ellas mismas mediante el reconocimiento, identificación de las obras como parte de ellas mismas. Se podría señalar que hubo una excepción en el taller 2 en el caso de Carolina que coincidiría con otros datos donde se recogió reacciones negativas y malestar emergente y el resto de los talleres la evolución se manifestó de manera favorable y constante en las usuarias, con algunas ligeras disminuciones.

Tabla 29: Comunicación. Obra ¿Puede a través de la obra asociar ideas?



En Bárbara los talleres 1, 2, y 17, la capacidad de asociación aumentó en la fase final de los talleres, así como, pudimos encontrar que había similitudes en las respuestas concerniente de los talleres 17 al 20, con las tablas que analizaba el nivel de tolerancia de los resultados

de las obras, la comunicación con la obra del otro, disminución del dinamismo y aumento del estatismo, en donde se recogieron respuestas discrepantes, con oscilaciones de respuestas opuestas de un taller a otro. Se percibió en esta franja de los talleres un proceso cargado por la dificultad para gestionar las emociones ante la movilización y activación de material inconsciente.

En Carolina observamos puntuaciones menores en los talleres: 2, 3, 8, 17 y 19.

Tabla 30: Comunicación. Obra ¿Construye narrativas autobiográficas?

Se observó evoluciones favorables en las dos usuarias, se recogieron puntuaciones más bajas en la usuaria Bárbara en los talleres 2, 3, 8 y 17 y en la usuaria Carolina en los talleres 2, 8, 17 y 19.

A nivel general se observó una evolución favorable durante el proceso evolutivo en la construcción de narrativas autobiográficas a través del proceso creativo y las obras creadas.

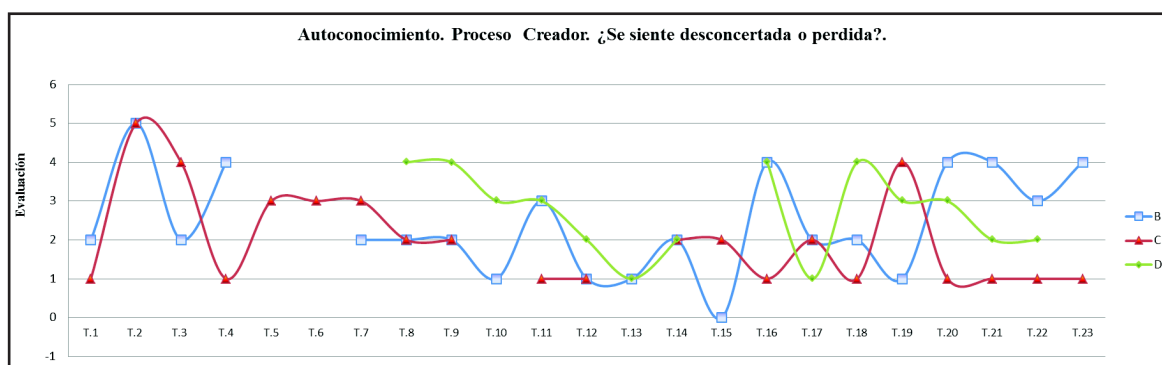
Tabla 31. Autoconocimiento. Proceso creador ¿Se muestra seguro? (ver anexo 2)

En el caso de Bárbara, se observó en los talleres 16, 20 y 21 una disminución de los niveles de seguridad.

En el caso de Carolina hubo una evolución más favorable, un aumento de la seguridad conforme avanzaron los talleres que en el caso de Bárbara.

En líneas generales se pudo constatar que se ha producido una evolución favorable tanto en Bárbara como en Carolina.

Tabla 32: Autoconocimiento. Proceso Creador. ¿Se siente desconcertada o perdida?



Se percibió que el desconcierto estuvo presente de manera constante en las usuarias.

En Bárbara se observó un mayor desconcierto en los talleres 2, 3, 10 15 y 19 con algunas fases de disminución de esta sensación.

En el caso de Carolina podría indicar un desconcierto mayor que en el caso de Bárbara, cuya evolución osciló en puntuaciones por debajo de la media en 2 y 1 en talleres: 1, 4, 11, 12, 16, 18 y 23.

Se podría concluir con los datos extraídos, que en líneas generales la sensación de pérdida y desconcierto de su proceso de autoconocimiento en relación a las obras y el proceso creativo estuvo presente. Estos datos que se observaron que oscilaban de manera constante entre puntuaciones

ligeramente por debajo de la media y ligeramente por encima de la media nos podría indicar por un lado, que se estaba trabajando con emociones sin elaborar y material inconsciente, y que se podría haber producido procesos de introspección como: cuestionarse así mismas, preguntarse, interrogarse, y por otro lado, que se podría haber puesto en juego la posibilidad que ofrecía los talleres de arteterapia de poder ver momentáneamente lo que estaba sucediendo en el aquí y ahora a través de la observación y toma de conciencia del material de las obras, como reflejo de las imágenes internas.

Tabla 33: Autoconocimiento. Proceso creador. Ayuda a entrar en un grado de concentración (Ver anexo 2)

En la categoría de autoconocimiento, se recogieron unas puntuaciones favorables en las usuarias de manera general a lo largo del proceso, exceptuando ligeras disminuciones en el caso de Bárbara en los talleres 7,11 y 12 y 23 y en el caso de Carolina en los talleres 18 y 22.

Tabla 34: Autoconocimiento. Relación con la obra. ¿Se identifica con la obra? (ver anexo 2)

Se pudo observar respuestas parecidas a la tabla anterior. Respuestas favorables a lo largo del proceso en ambas usuarias, con algunos talleres excepcionales donde pudimos recoger una menor identificación en el caso de Carolina en los talleres 2 y 3.

Tabla 35: Autoconocimiento. Relación con la obra ¿la obra le es ajena? (ver anexo 2):

Se recogieron puntuaciones que señalaron que no le eran ajenas a ambas usuarias a nivel general y a nivel excepcional hallamos puntuaciones más baja en Carolina nuevamente en los talleres 2 y 3.

Tabla 36: Autoconocimiento. Relación con la obra ¿se reconoce con la obra? (ver anexo 2)

Favorablemente se reconocieron en sus obras, en el caso de Carolina se percibió un menor reconocimiento de ella en sus obras en los talleres 2 y 3.

Tabla 37: Autoconocimiento. Relación con la obra del otro. ¿Se proyecta?



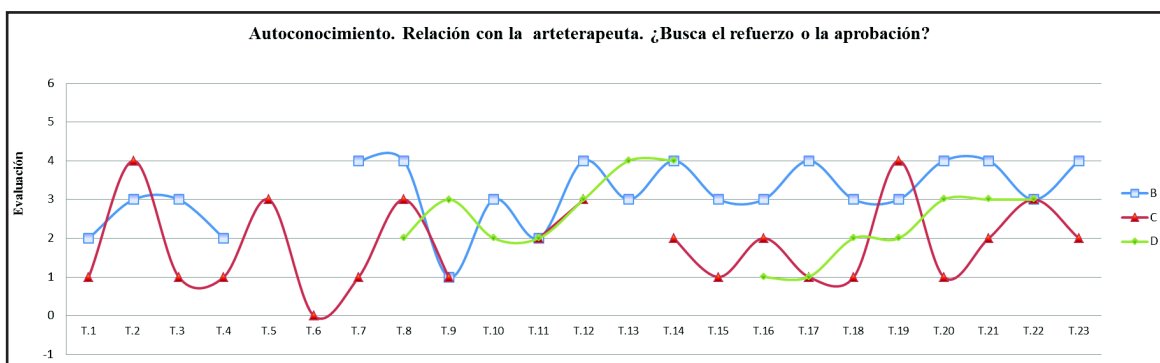
Se recogió puntuaciones más altas y constante en el caso de Bárbara, con una tendencia a la proyección de sus emociones a las obras de las otras usuarias como se pudo recoger en los talleres: 2, 3, 7, 8, 14, 17, 18 y 20 en menor medida en el caso de Carolina, en los talleres 8, 18, 20 y 22.

Estos resultados se pudieron relacionar con los resultados de la tabla que analizaba los niveles de tolerancia de los resultados de las obras en donde las puntuaciones aparecían menores. Uno de los mecanismos de defensa que podría indicarnos la dificultad para poder

sostener el malestar, conectar con el mismo, fue la inercia a la proyección de sus emociones en otras personas como vía para evitar sentir el malestar. De tal modo que colocándolo en el otro, podría aumentar el desconcierto de lo que le estaba sucediendo y la sensación de estar perdida. Estos ítems se podría comparar con la presencia del ítem que analizaba las obras plástica de fragmentación, donde todos estos resultados reforzarían entre sí las dificultades que manifestaron las usuarias para poder conectar con su emociones y los efectos corporales que se podrían derivar de los mismo.

Tabla 38: Autoconocimiento. Relación con la obra del otro. ¿Puede diferenciar su obra con la obra del otro y establecer una relación desde la diferencia? (ver anexo 2)

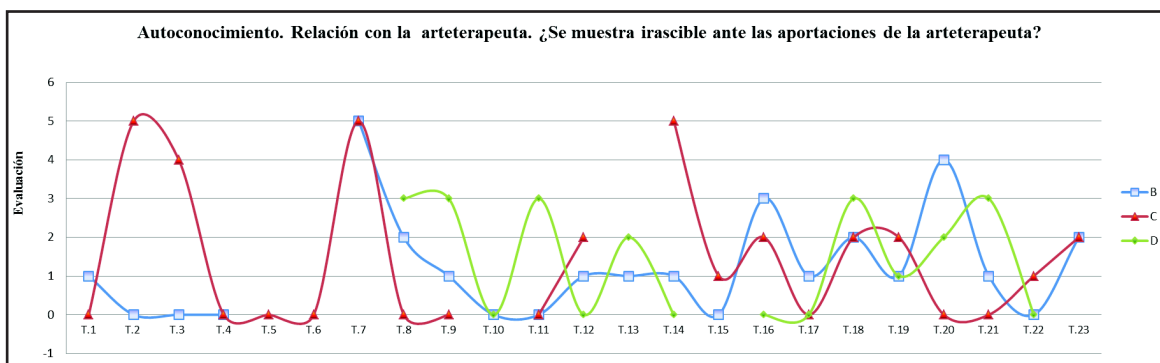
Tabla 39: Autoconocimiento. Relación con la arteterapeuta. ¿Busca el refuerzo o la aprobación?



Se puede observar que fue mayor en el caso de Carolina donde apareció de una manera más constante en el proceso evolutivo que en Bárbara, donde se observó una disminución de la búsqueda de reconocimiento.

Esta disminución en el caso de Bárbara, podría tener relación al hecho que ella inició un proceso de práctica creativa fuera de los talleres en donde experimentó una mejoría en el reforzamiento del yo, en la autoestima y un auto reconocimiento en sus obras, aprendiendo a darle un valor a sus propias obras. Ello derivó en un aumento de autoestima y sentimiento de pertenencia, caracterizado por sentimientos de valía y orgullo de sí misma. Estas acciones posiblemente influyeron en que ella adquiriera una mayor independencia en su propio proceso de auto reconocimiento.

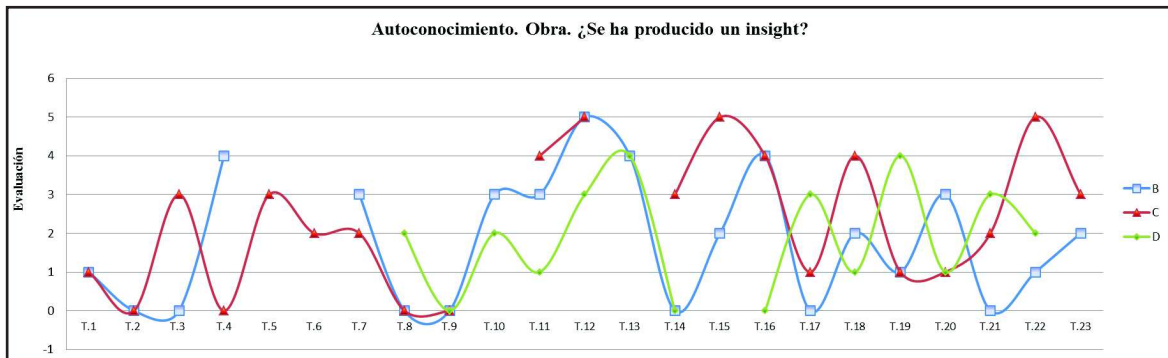
Tabla 40: Autoconocimiento. Relación con la arteterapeuta. ¿Se muestra irascible ante las aportaciones de la arteterapeuta?



Se pudo observar mayor irascibilidad en Carolina que en Bárbara como muestra los talleres

2, 3, 7, 15 en el caso de Carolina.

Tabla 41: Autoconocimiento. Obra. ¿Se ha producido un insight?



Se pudo recoger resultados positivos de poder comprender aspectos subjetivos relacionados a su malestar. En el caso de Bárbara se encontraron las puntuaciones más altas en los talleres 3, 12, 13 y 16 y ligeramente altas en los talleres 3, 10, 11 y 20.

En el taller 3 tomó conciencia del malestar vivido durante el proceso creador, en relación a no poder controlarlo con otras situaciones de su vida, con la fibromialgia. Amplió conocimientos en torno al no control con la no limpieza y el desorden. A través de los talleres 12 y 13 donde sintió malestar por no controlar tanto la técnica como las acciones de las otras usuarias, pudo tomar conciencia a través de ese malestar de su cuerpo.

En el taller 13 se dio cuenta que se estaba repitiendo los mismos temas y colores que en obras anteriores (verde-esperanza; amarillo-amistad; rojo-emociones; morado/violeta, antes significaba lo relacionado a la mujer, feminismo, ahora, representa el dolor. Azul, el cielo) y hablando de los colores tomó conciencia de un ejemplo que ella había contado en talleres anteriores sobre cómo vivía el dolor.

Bárbara citó: *“Hay días muy malos que sentía el cielo en la cabeza”*

Tomó conciencia del color para representar el dolor, dicho color estaba representado en partes del cuerpo específicas que creía haberlo hecho al azar y sin embargo estaba representando los puntos intensos del dolor que ella solía experimentar. A través de la obra reflexionó sobre el rojo del corazón con el morado de la cabeza. Para ella el rojo simbolizaría la emoción y lo sentía muy unida a la razón, le costaba separarlas y lo informó como una causa de dolor tanto físico como emocional. Creía que otras personas podían diferenciar y separar, pero ella no y le era muy necesario la amistad. Sintió una mejoría física después de este taller.

En el taller 16 donde trabajó con la propuesta del cuerpo, pintarlo por fuera y por dentro, tomó conciencia que cuando ella pintaba el interior estaba tranquila, serena, y lo asoció a que ella sola consigo misma se encontraba bien, pero que cuando estaba con los demás era cuando se producían agitaciones, tensiones y dolores en el cuerpo.

Su discurso se inició opuesto a esa toma de conciencia, ella ha llamado el exterior “Relajación”, pero su proceso ha sido contrario y en el discurso final, reconoció que sus problemas surgían en la interacción con los otros.

En el caso de Carolina, se alcanzaron puntuaciones más elevadas en los talleres 12, 15, 18 y 22 y ligeramente positivas en los talleres 3 y 5.

En Carolina en el taller 12 se conectó con su dolor durante el proceso creativo. Ello le

permitió asociar lo que estaba sintiendo en el taller con otros momentos de su vida, como cuando se peleaba con alguien y esa pelea la somatizaba corporalmente. Entre las peleas, nombró la situación de conflicto que vivía con su marido, una de las citas dijo:

“Si le recomiendo que no lleve algo en el bolsillo porque no le va a sentar bien y él lo hace, van saltando mínimos que aumentan las barreras. No quiere ver que yo sé lo que él necesita, cuando no lo acepta es cuando discutimos”.

La toma de conciencia en este taller tenía relación a la posibilidad de conectar con su dolor, de sentirlo a través de la obra (ver anexo 5) y de poder desplegar otras situaciones como cuando hay conflicto, estableciendo la relación entre cuerpo y soma.

En el taller 15 las participantes tenían que pintar con las manos. Al inicio experimentó un rechazo, una vez empezó a pintar dice:

“Es simétrica, salen dos lados exactamente iguales, al parecer mi vida debe de ser así”.

Cuando tomó conciencia de esto se produjo un cambio en el modo de pintar y en el tono muscular. Estaba trabajando de una manera automática, sin conectarse con el proceso, intentando evitar la técnica de trabajo y cuando paró y relacionó la simetría de la obra con su vida, cambió radicalmente el modo de pintar de los brazos y las piernas. Citó:

“Me he echado una crema”.

Así como, cambió la manera de cómo usar el material, la mano como la paleta, pinceladas de arriba abajo, largas, rápidas, excitación, impulsiva, nerviosismo. El cambio fue de una no conexión con la técnica a una estar presente de manera activa.

En el taller 18 se trabajó con la propuesta de las pieles de la vida (joven, experimentada, y madura). Carolina vivió un proceso parecido al taller 12 de conectar con el dolor a través del proceso creativo. Citó:

“...Me parece que hago la piel madura de color marrón, me siento bien haciéndola y la identifico como mía. Después hago con plastilina la piel dolorida, la trabajo con las manos, la estiro y se queda con bultos en algunos sitios y rajitas o agujeros en otros. Finalmente la fijo a la cartulina y le doy encima pintura amarilla para disimular esa tragedia, mientras doy la pintura amarilla pienso que son las terapias paliativas que recibimos para aliviar el dolor. Me siento muy mal trabajando “esta piel”, el sentimiento penoso me hace casi llorar, lo digo en voz alta”.

“...Me he desmoronado con la piel dolorida. La experimentada no quería tocarla, le tengo respeto, es como si quisiera dejarla con su sabiduría y no intervenir en ella. Con la amarilla, del dolor, quería representar los agujeros, los bultos...plastilina marrón, le di color amarillo, se llama “DOLOR CAMUFLADO”.

Cuando miró la piel dolorida tuvo un insight, para ella representaba todas las terapias y medicamentos que debía de tomar para levantar a esa piel rota, dolorida. Todas las cosas que tenía que trabajar terapéuticamente.

Tabla 42: Autoconocimiento. Obra. ¿Se ha producido efectos catárticos? (ver anexo 2)

Se pudo extraer la conclusión en el caso de Bárbara que poco a poco pudo ir tomando

conciencia de la relación de esa falta de control con otras situaciones de su vida, familiares, pareja, amigos, fibromialgia, hasta poder darse cuenta que el malestar se activaba con frecuencia en sus relaciones sociales y no cuando estaba ella sola consigo misma, sino cuando tiene que lidiar con los otros. Nombrar esto le permitió darse cuenta que la fibromialgia no era algo solo físico sino que tenía una relación a ese malestar que se activaba con el otro.

La participante también tomó conciencia de la necesidad de tenerlo todo controlado con las emociones despertadas durante el proceso creativo de ensuciarse, no controlar la técnica. Así como, pudo darse cuenta como esa dificultad manifestada en los talleres estuvo muy presente en su cotidianeidad, en la base de muchos de los conflictos que vivía y que le afectaba a nivel somático y se podría establecer una relación con el síndrome.

Tras la observación de sus obras se dio cuenta de significados que le atribuyeron a colores y que dichos colores estaban haciendo referencia a emociones sin elaborar. Identificar la relación de los colores con emociones y observarlas en la representación de su cuerpo, le permitió adquirir más conciencia de la somatización como reflejo de la separación existente entre lo racional y lo emocional. Al verlo en la obra pudo ordenar ciertos aspectos subjetivos y mirarlos de una manera más unificada, como un espectro donde podía ver tanto el dolor físico como el emocional. Esta toma de conciencia le produjo una disminución de dolor.

En el caso de Carolina los talleres le permitieron conectar con la emoción del dolor. El dolor que tendía a manifestarse en la usuaria a través de la somatización, enfermedad o evitación de situaciones, han podido tener un lugar dentro del espacio de los talleres y ella ha podido conectar con el dolor en el aquí y ahora de su estado emocional, permitiéndole ser más consciente del mismo, y asociarlo a otros momentos de su vida, comprendiendo un poco mejor la relación que existe entre su dolor físico (la enfermedad) y emocional (la relación con su madre). Ello, le permitió ampliar su subjetividad y resignificar el dolor.

Se podría concluir que en la participante Carolina ella tomó conciencia de la rigidez de pensamiento que se manifestó tanto verbalmente como plásticamente. De esta toma de conciencia introdujo un elemento nuevo a través de la creación, rompiendo la simetría que observaba en sus obras, e incorporando nuevos elementos como: mezclar colores para generar nuevos colores o pintar solo en uno de los lados de la composición para generar de tal modo la asimetría. Ello le hizo experimentar un placer interno. El arteterapia trabaja con la premisa que los cambios que se produce a nivel plástico ejercen una cambios internos efecto de los beneficios resultantes de proyectar las emociones, ponerlas en el afuera y trabajarlas creativamente.

Tras la observación de sus obras de la necesidad de trabajar aspectos subjetivos que estaban sin elaborar, en referencia al dolor físico que sentía y en la asociación libre de la palabra, la participante tras esta afirmación pudo relacionar que dichos aspectos psíquicos, estaban relacionados con la madre, la vinculación con la madre, los sentimiento de culpa, ira, hostilidad, y que en un plano inconsciente lo vivía desde un dolor corporal por todo el cuerpo. La usuaria denominó a una de las obras "el dolor camuflado", entendiendo ese dolor como aquello que no pudo nombrar. Otra toma de conciencia estuvo relacionada al proceso creativo. El proceso le permitió estar presente, mirar sus obras, conectarse al material intrapsíquico proyectado y trabajarlo en el aquí y ahora.

Tabla 43: Autoconocimiento. Obra. ¿Ha conectado su obra con fragmentos de su historia vital? (ver anexo 2)

Los resultados señalaron a nivel general que sí había una construcción de narrativas ligadas entre las obras creadas con su novela familiar y la enfermedad de la fibromialgia en las

usuarias Bárbaras y Carolina, y respuestas más dispares en Diana. Como en tablas anteriores observamos puntuaciones más bajas en la fase de los primeros talleres, en la franja de los talleres 7 a 9 y en la franja de los talleres 17 a 19.

Tabla 44: Autocrítica. Proceso Creador. Tolera los resultados imprevistos? (ver anexo 2)

Se ha observado en el caso de Carolina que manifestó mayores dificultades en los talleres del 2 al 4, produciéndose una evolución favorable después del taller 4. En el caso de Bárbara en líneas generales presentó dificultades para tolerar los resultados imprevistos en los talleres 4, 9, 10, 20 y 21 pero por debajo de la media y ha encontrado la forma de gestionar las dificultades dentro del espacio del taller.

Tabla 45: Autocrítica. Proceso creador ¿Detiene el proceso creador? (ver anexo 2)

Se exploró si las usuarias detuvieron el proceso creador, en general no se produjo detenciones de sus procesos creadores en el desarrollo evolutivo.

Tabla 46: Autocrítica. Relación con el otro. Grado de aceptación a lo desconocido e incomprensible (Ver anexo 2)

En el caso de Bárbara se recogieron puntuaciones que señalaron dificultades para poder aceptar la imprevisibilidad del material y lo que acontecía a nivel emocional en los procesos creativos, pero también señaló un aprendizaje en la capacidad de poder gestionar y resolver las dificultades que se manifestaron. Se ha podido recoger resultados que oscilaron de manera casi constante en la primera y segunda fase de los talleres con puntuaciones que van del 2 al 4 de manera dispar entre unos talleres y otros, que nos señalarían la dificultad pero también la capacidad de resolución. Se observó una mejoría en la tercera fase de los talleres.

En el caso de Carolina se ha observado mayores dificultades de la imprevisibilidad en relación a la obra en los 2 y 4 (coincide con la tabla 47 "tolerancia de los resultados imprevistos") y al igual que en la tabla 47 se recogió una mejoría a partir del taller 4 con ligeras disminuciones en los talleres 6,7, 16 y 19.

Se ha podido concluir que se ha producido un aprendizaje en la capacidad de poder gestionar y resolver las dificultades que se manifiestan.

Tabla 47: Autocrítica con la obra ¿valora su obra? (ver anexo 2)

Se analizó si las usuarias valoraban su obras encontramos respuestas favorables en general, excepto en Bárbara los talleres ligeramente más bajo en los talleres 2 y 20 y en Carolina en los talleres 1 al 3.

Tabla 48: Autocrítica. Relación con la obra del otro. ¿Se muestra crítica con la obra del otro? (ver anexo 2)

Se exploró si las usuarias se mostraron críticas con la obra del otro, se observó puntuaciones ligeramente altas en la participante Bárbara en los talleres 10, 17 y 21 y en Carolina en los talleres 3, 5, 18 y 23.

Estos datos podrían interpretarse como compromiso por parte las usuarias con el proceso de las compañeras, y también se podría relacionar con la tabla que analizaba si las usuarias se proyectaban en las obras de las compañeras en donde se recogía resultados favorables. Una de las características encontradas en estas usuarias y en la literatura en relación a

la ontología del síndrome de la fibromialgia, tenían relación al nivel de auto exigencia y autocrítica.

Tabla 49: Autocrítica. Relación con la obra del otro. ¿Opina? (ver anexo 2)

Analizó si las usuarias opinaban en las obras de sus compañeras encontramos puntuaciones positivas y de manera constante.

Tabla 50: Autocrítica. Relación con la obra del otro. ¿Respeto? (ver anexos 2)

Analizó el respeto entre las usuarias, se encontraron puntuaciones positivas en general, pero en el caso de Bárbara se recogieron puntuaciones negativas en los talleres 7,13, 14 y 19. Estos resultados encontraron similitudes en los resultados extraídos de los ítems de empatía, escucha, proyección de sus emociones en donde los resultados fueron más negativos en el caso de Bárbara.

Tabla 51: Autocrítica. Relación con la obra del otro. ¿Está pendiente de las observaciones de los otros a su obra? (ver anexo 2)

Tabla 52: Autocrítica. Relación con la arteterapeuta ¿Se revela con la arteterapeuta? (ver anexo 2)

Se analizó en la categoría de autocrítica si las usuarias se rebelaban contra la arteterapeuta, se recogieron como significativas reacciones negativas en el caso de Bárbara el taller 3 y 18 y en el caso de Carolina en los primeros talleres del 2, 3 y 8.

Tabla 53: Autocrítica. Relación con la arteterapeuta ¿Responde positivamente a la afectividad? (ver anexo 2)



Tabla 54: Autocrítica. Obra. ¿Cumple sus expectativas? (ver anexo 2)

Se observaron puntuaciones favorables en general, exceptuando en el caso Bárbara el taller 1, 20 y 23. Y en el caso de Carolina el taller 2 y algo ligeramente más bajo en el taller 7 y 15.

Estos resultados por un lado revelaron menor crítica a sus obras que cuando opinaban de las obras de las compañeras y por otro lado, una disminución en una de las características nombradas anteriormente en la autocrítica, perfeccionismo y auto exigencia. Estos datos son positivos en la medida que dichas características podrían incidir en la sintomatología corporal a modo de respuestas somáticas. Poder aceptar, tolerar y dar un valor a lo que crean posibilitan un aumento del valor y aceptación de sí mismas.

Tabla 55: Autocrítica. Obra ¿Rechaza la imagen o algún elemento de la misma? (ver

anexo 2)

Tabla 56: Resolución de conflictos. Proceso creador. ¿Presta autonomía al material? (ver anexo 2)

Se analizó en la categoría de resolución de conflictos si las usuarias manifestaron autonomía en la técnica durante el proceso creador, se encontró mayores dificultades en el caso de Bárbara que en el caso de Carolina. En el caso de Bárbara se observó puntuaciones ligeramente más bajas de la media con una mayor autonomía en la franja de talleres del 12 al 18 y en el caso de Carolina se observó una evolución favorable con ligeras disminuciones en los talleres 5,6 y 18.

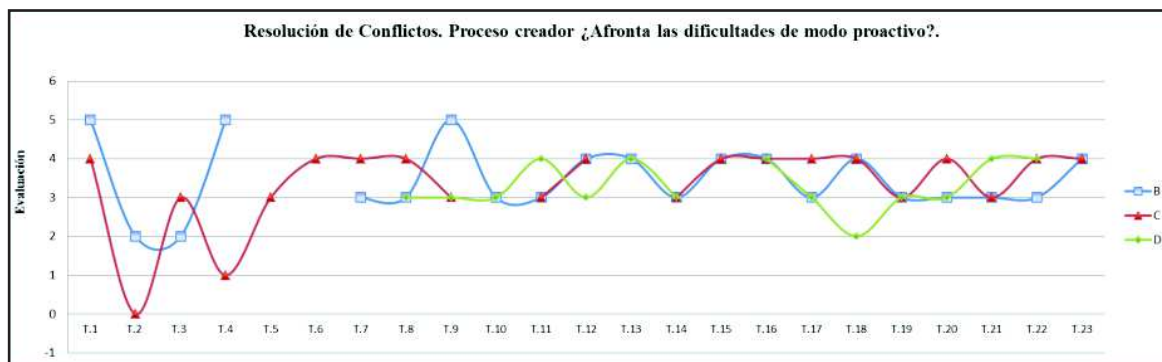
Tabla 57: Resolución de conflictos. Proceso Creador. ¿Presta autonomía a la técnica?(ver anexo 2)

Se encontraron resultados muy parecidos en donde se exploró el grado de autonomía a la técnica.

Tabla 58: Resolución de conflictos. Proceso Creador. ¿Interrumpe el proceso ante alguna dificultad presentada? (ver anexo 2)

Se analizó si interrumpían el proceso ante alguna dificultad presentada en la resolución de conflictos durante el proceso creador y se observó una capacidad favorable, de manera constante en la resolución de las dificultades que se presentaron en relación a la proyección de sus emociones en las obras creadas, tolerancia, aceptación, y toma de conciencia de las mismas. Excepcionalmente hubo talleres con puntuaciones que señalaron dificultades mayores en el caso de Bárbara como el taller 3 y Carolina el taller 20.

Tabla 59: Resolución de conflictos. Proceso creador ¿Afronta las dificultades de modo proactivo? (ver anexo 2)



Se analizó en la categoría de resolución de conflictos si las usuarias afrontaban las dificultades de manera proactiva en relación con sus obras, se recogieron resultados muy favorables a la capacidad de afrontar las dificultades presentadas con algunas puntuaciones ligeramente más negativas en los talleres 2,3 y 4.

Tabla 60: Resolución de conflictos. Relación con la obra. ¿Presenta sentimientos de malestar ante la creación de la obra? (ver anexo 2)

Se analizó en la categoría de resolución de conflictos si las usuarias manifestaron sentimiento de malestar en relación con sus obras, se observó que el malestar estuvo presente a lo largo de los talleres. Es significativo que en esta tabla en donde apareció una disminución de malestar en talleres donde en otras tablas aparecían puntuaciones más altas en relación a

aspectos conflictivos, como en los talleres 8 (caso de Bárbara), 17 y 20 (Carolina).

En el caso de Bárbara 2, 3, 9, 11, 14, 16, 20, 21 y 23 (puntuaciones de 3 y 4).

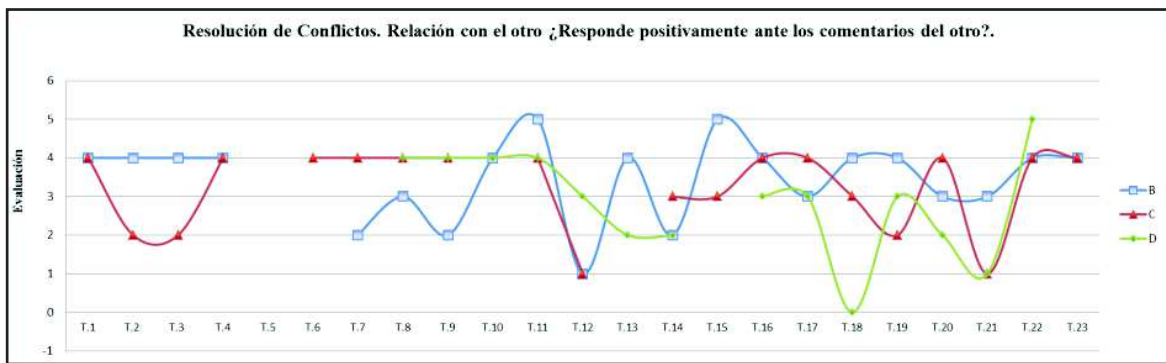
En el caso de Carolina se recogió las puntuaciones más altas de malestar en los talleres 2, 3, 8, 12, 18, 21 y 22 (puntuaciones de 3 y 4).

Se podría concluir que las participantes trabajaron material inconsciente sin elaborar, dado los resultados de este gráfico que manifestaron puntuaciones de malestar. Es un dato positivo porque teniendo en cuenta la orientación psicoanalítica desde donde se aborda esta investigación, podría significar que las usuarias estaban conectando con su tensión subjetiva y estarían trabajando aspectos emocionales sin elaborar. Si no hubiese malestar podría significar que no se ha activado material inconsciente.

Tabla 61: Resolución de conflictos. Relación con la obra ¿Puede gestionar resolutivamente la carga emocional? (ver anexo 2)

Se analizó en la categoría de resolución de conflicto si podían gestionar resolutivamente la carga emocional despertada en relación a sus obras, se observó mayores dificultades en los primeros talleres y una mayor estabilización y control en el resto de los talleres. Estos resultados reforzarían los resultados obtenidos en las tablas que analizaban los niveles de autonomía en la técnica, material y afrontamiento proactivo de las dificultades manifestadas durante el proceso creativo (59, 60, 61, 62).

Tabla 62: Resolución de Conflictos. Relación con el otro. ¿Responde positivamente ante los comentarios del otro?



Se analizó si respondían positivamente a los comentarios de las usuarias en relación al otro, se manifestó menores dificultades en Bárbara (7, 9, 12 y 14) que en Carolina (2, 3, 12, 19 y 21), cuyos resultados podrían compararse con los resultados de la irascibilidad que era mayor en Carolina que en Bárbara y coincidieron con las puntuaciones negativas en los talleres 2 y 3.

Una de las problemáticas que Carolina pudo conectar, fue relacionar su malestar con su novela familiar y ampliar subjetivamente tanto en autoconocimiento como elaboración de material reprimido, concretamente en la relación tormentosa con su madre donde coexistieron fuertes sentimiento de culpa, hostilidad reprimida por la privación vivida como ella nombró en un taller: *me faltó el cuerpo a cuerpo con su madre*. La falta se interioriza en la usuaria con sentimiento de agresión, rechazo, odio, ira que con el tiempo parecía que no supo cómo gestionarlo y las respuestas de somatización podrían tener relación a proceso de autoagresión de estas emociones sin elaborar. Los sentimiento de culpa se incrementaron al darse cuenta que no encontró la manera de perdonar a su madre en

vida, y podría ilustrar al mismo tiempo el no haber podido encontrar vías para transformar esa carga emocional. Se observó que había una menor tolerancia y mayor irascibilidad en Carolina en todo lo que tiene que ver con la crítica.

Tabla 63: Resolución de conflictos. Relación con el otro. ¿Presenta actitudes propensas al conflicto? (ver anexo 2)

En el caso de Bárbara se pudo observar que nuevamente aparece la relación de la irascibilidad ante los comentarios de las otras usuarias a su obra o a ella dentro del taller, la dificultad para recoger críticas constructivas, comentarios con la relación tormentosa con la madre marcada por la crítica. La temática de la madre apareció de manera transversal en todo el proceso. Podríamos reflexionar a través de estas usuarias como la privación inicial y los sentimientos de hostilidad reprimidos hacia el vínculo materno podrían tener relación con algunos aspectos de la sintomatología más acuciada y presente en las personas que sufren fibromialgia, concretamente en la autoexigencia y perfeccionismo. A su vez, podríamos reflexionar en la discrepancia que existieron en estos casos y en muchos otros casos de la literatura entre las capacidades que tenían y las limitaciones. La privación podría estar presente en estas limitaciones donde de una manera inconsciente necesitan recibir, y se hacía presente la dificultad para dar, para producir. La autoexigencia y la exigencia al otro podrían estar motivado por este núcleo inconsciente donde siente una ira, un malestar ante aquello que creen que deberían de haber recibido y que no recibieron y de tal modo, justificar el no dar como consecuencia de dicha privación.

Se analiza dentro de la categoría de resolución de conflicto si las usuarias presentaron actitudes propensas al conflicto, una tendencia mayor en el caso de Bárbara, como reflejaron las puntuaciones más altas de este ítem en los talleres: 9, 13, 14, 15, 17, 18 y 30.

Estos datos reforzarían los resultados obtenidos en la tabla donde se manifestaron en menor medida empatía, respeto, dificultad de ver al otro sin proyectar sus emociones, necesidad de imponer su criterio y controlar los procesos de las otras usuarias, que consecuentemente, podrían derivar en sentimientos de malestar y conflicto en el grupo.

En el caso de Carolina se observó mayores dificultades al inicio de los talleres 2 y 3 y una mejoría en el taller 21. Esta franja coincidiría con otras franjas donde se recogieron el conflicto de tablas anteriores. En el caso de Carolina se podría decir que no había una tendencia al conflicto como en el caso de Bárbara.

Tabla 64: Resolución de conflictos. Relación con la arteterapeuta. ¿Pide ayuda? (ver anexo 2)

Se analizó si las usuarias pidieron ayuda a la arteterapeuta, en el caso de Bárbara en el taller 7, cuando empezó a pintar en su casa, solicitó la atención, reconocimiento y ayuda de la arteterapeuta para poder crear mejor sus obras, pero este reconocimiento podría relacionarse con actitudes proactivas para el afrontamiento de sus dificultades, procesos de autonomía y autoreconocimiento y no tanto como demandas de dependencia.

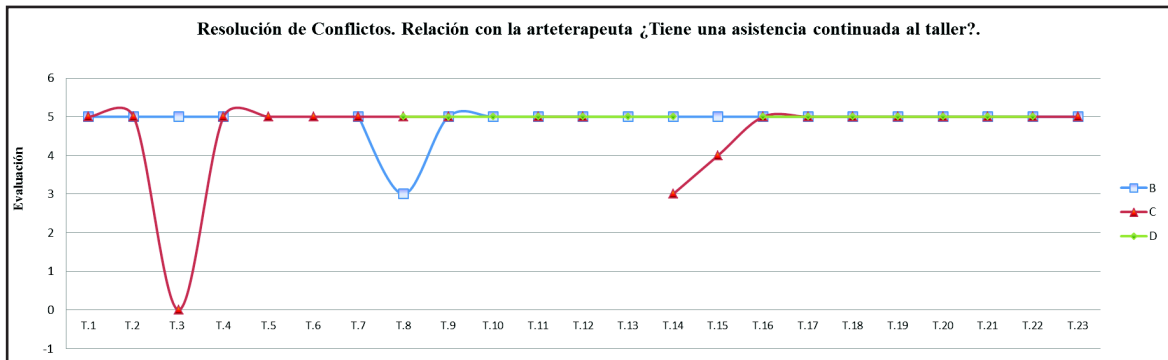
En el caso de Carolina, se recogieron puntuaciones más elevadas en la parte final de los talleres. Estos resultados podrían reflejar que al final de los talleres siempre se despertaba emociones difíciles ante una despedida y cierre que se podría relacionar a las dificultades presentes en esta usuaria con su madre con quien no pudo cerrar su proceso.

Tabla 65: Resolución de conflictos. Relación con la arteterapeuta. ¿Pide opinión? (ver anexo 2)

Se exploró si las usuarias pedían opinión a la arteterapeuta, observamos que sí solicitaban opinión a lo largo de los talleres, habiendo una tendencia mayor en el caso de Bárbara que de Carolina.

En ambas, las puntuaciones se acentuaron en la fase final de los talleres. Estos datos fueron positivos en relación al vínculo establecido con la arteterapeuta con quien se fue haciendo más fuerte conforme evolucionaban los talleres, y se fueron disminuyendo las reacciones negativas.

Tabla 66: Resolución de Conflictos. Relación con la arteterapeuta. ¿Tiene una asistencia continuada al taller? (ver anexo 2)



Se analizó la continuidad de asistencia de las usuarias y se pudo recoger que han cumplido con las normas establecidas en el encuadre de no ausentarse más de 3 veces. Se manifestó una asistencia continuada que reflejó por un lado, que ciertamente asumieron un compromiso con los talleres, con ellas mismas en su proceso de autoayuda, autoconocimiento y con la arteterapeuta.

Tabla 67: Resolución de conflictos. Relación con la arteterapeuta. ¿Pide continua ayuda ante las dificultades? (ver anexo 2)

Se exploró si pidieron continua ayuda en los talleres, se observó que no solían pedir continua ayuda. Hubo una ligera tendencia mayor en el caso de Bárbara en los talleres 4 y 14, y no había apenas resultados en este ítem de la tabla 70, en el caso de Carolina.

Tabla 68: Resolución de conflictos. Relación con la arteterapeuta. Nunca pide ayuda aunque esté bloqueada (ver anexo 2)

Se exploró si no pedían ayuda aunque se sintiesen bloqueadas, y se observó una dificultad en Carolina para pedir ayuda aun cuando se encontraban mal, y una tendencia en ambas a desplazar el malestar en la queja hacia Diana y/o en actitudes de controlar el taller.

Se recogió información relevante en torno a la queja, que podría interpretarse como la demanda inconsciente sin cumplir que se actualizaría en la queja hacia el otro que no le daba lo que ellas necesitan. Estas actitudes nos aportarían información conclusiva nuevamente sobre la privación afectiva y como la misma podría actuar como represor de las emociones, así como, la existencia de ciertos elementos que podría influir en las respuestas somáticas, desplazándose en reacciones opuestas en la vinculación con otras personas donde el otro podría ocuparía de manera inconsciente el lugar del Otro.

Tabla 69: Resolución de conflictos. Obra ¿presenta actitud de bloqueo ante algo

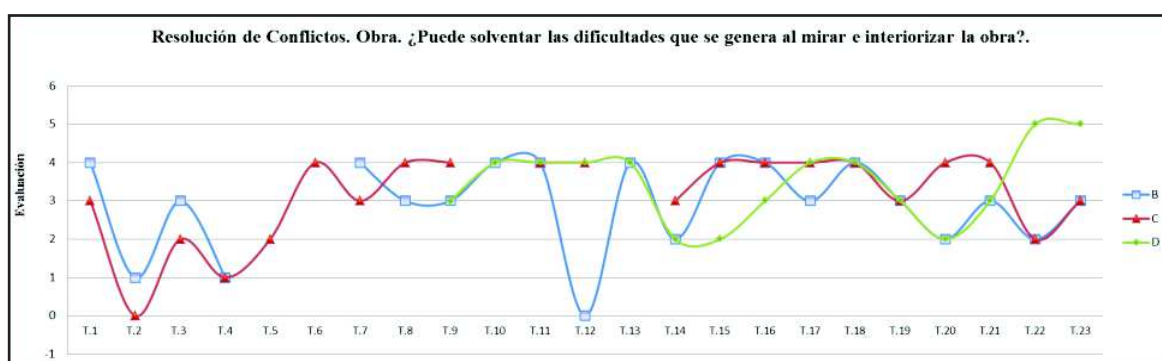
imprevisible o desconocido? (ver anexo 2)

Se exploró actitudes de bloqueo ante algo imprevisible, se recogieron puntuaciones elevadas en las usuarias en relación al proceso creador, en el material emocional que proyectaron en sus obras, la observación de sus obras y la exposición de las mismas. Se hizo más patente hasta el taller 12 y desde el 12 en adelante las puntuaciones disminuyeron ligeramente.

Se podría reflexionar las dificultades que manifestaron las usuarias para pedir ayuda con el aumento de la autoexigencia y niveles altos de perfeccionismo. Estos datos podrían darnos información de desviaciones cognitivas sobre la percepción de sí mismas y el otro, condicionadas por la privación original y cómo ello podría influir en las reacciones tanto de autoexigencia a sí misma y al otro, y en la activación del conflicto en las relaciones transferenciales actuales. Todo ello influiría en la percepción que ellas nombraron de estar pérdida, de no poder identificar sus dificultades, pensarse. Todas estas ideas en las que se analiza y reflexiona las construyo en función de los resultados obtenidos en las tablas que coincidieron en algunos casos también con la literatura, relacionándolo con la tendencia de los ítem de estatismo, fragmentación y necesidad de establecer límites entre las formas y los colores hallados a nivel plástico. Los elementos plásticos en arteterapia se analizaron como imágenes internas de la pisque de las personas. Podríamos observar que estas problemáticas podrían actuar a modo de autoagresiones que invierte la energía libidinal hacia el interior del cuerpo con posibles consecuencias somáticas.

Estas información recogida posibilitaría trazar conclusiones en torno a la relación entre el modelo de feminidad vigente transmitido por el vínculo materno como elemento presente en el origen del dolor.

Tabla 70: Relación de conflictos. ¿Puede solventar las dificultades que se generan al mirar e interiorizar la obra? (Ver anexo 2)



Se analizó si podía solventar las dificultades que se generaron al mirar e interiorizar la obra, se encontraron que en las dos usuarias ha habido mayores dificultades en los talleres 2, y 4 y en Bárbara también en el taller 12. Pero en general las puntuaciones señalaron que pudieron conectar, identificar aspectos de su subjetividad en conflicto y que han podido construir recursos para solventar las dificultades que conllevaría trabajarlos desde el nivel plástico y verbal.



ESTUDIOS DE CASOS

Las imágenes metafóricas que se utilizan en el lenguaje hablado no son permanentes mientras que las imágenes visuales, incluso tiempo después de realizarlas, mantienen su carga emocional y poder comunicativo. Esta característica permite esperar el momento adecuado para volver a revisar aquellas imágenes que hacen referencia a determinados conflictos, eso es cuando el paciente esté preparado para afrontarlo y no antes. (Sánchez, 2004: 175).

7.4.1 ANÁLISIS REFLEXIVO DEL ESTUDIO DE CASO A (ADELA) (Primera fase de la Investigación Acción): LA CAÍDA COMO CONDICIÓN HUMANA.

Registro fenomenológico de los talleres: (ver anexos 3)

Tabla de los temas principales:

<p>Posibles contradicciones entre el discurso que despliega Adela en relación con el material proyectado en la obra.</p> <p>Dualidad entre los dos discursos predominantes en la segunda fase:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Mecanismo de defensa de la idealización.2) Angustia de la realidad de su vida. <p>Función de la imagen como reminiscencia y corporeizada.</p> <p>Evitación de las emociones mediante ausencias del taller y técnicas artísticas para llevar a cabo la tarea de trabajo.</p> <p>Sentimiento de vacío crónico.</p> <p>Cambio estético y verbal, predominancia de un solo discurso en la tercera fase: la caída, el renacer y la fuerza.</p> <p>Proyección de sus emociones (la soledad) en la obra creada.</p>

Como se ha podido observar en el registro de las sesiones, se ha recogido una serie de elementos, colores y estética que se repitieron y se transformaron a lo largo de los talleres, y en la evolución de su proceso creativo. Este análisis reflexivo se ha construido por la información extraída en las estrategias de recogida de información mencionadas previamente.

Se va a dividir las sesiones en tres partes:

PRIMERA FASE: SESIONES 1-6 "IMÁGENES SIGNOS".

La primera fase del taller la he denominado "Imágenes Signos" Schaverien (1991).

El primer taller empezó con la propuesta: "trabajar con la inicial del nombre". Ella habló de su obra como la representación de su amor hacia la naturaleza, hacia los árboles, las raíces, mediante un discurso idealizado sobre el ser humano en la integración con el todo. Creía en la vida como un lugar idílico y mágico.



Adela, Imagen 1.

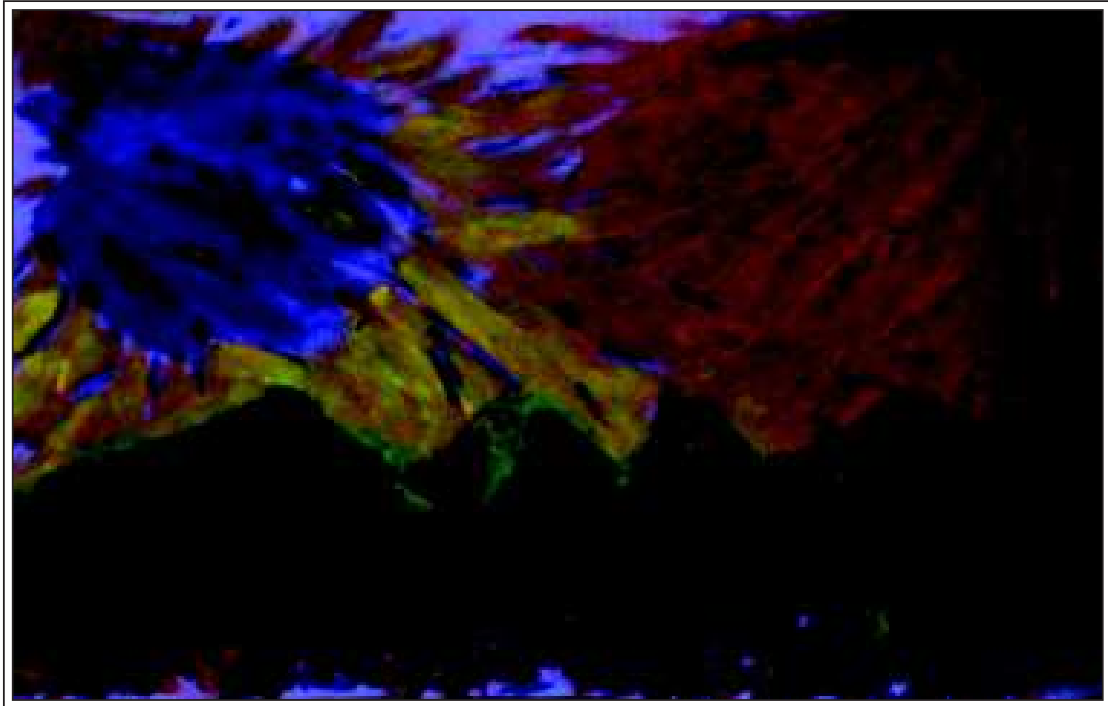
Pero si observamos la imagen, podríamos señalar que los símbolos, los colores y las formas podrían estar lejos de representar un entorno idílico, en equilibrio. Su discurso se centró en un sentimiento de idealización hacia una vuelta al origen de la vida y la naturaleza. Mientras ella habló de la vida y de las personas bajo un velo de idealización, las imágenes de esta fase podrían expresar crispación, ruptura, colisión, etc. Me hizo reflexionar sobre las posibles dificultades que podría presentar para gestionar su realidad en relación a sus deseos.

Algo llamativo fue la manera en cómo representó su nombre, semi-hundido, semi en la superficie. El sol, del cual, emanaba rayos que parecían arañar la composición, arañar su nombre y los elementos dibujados que para ella tenían un valor sentimental.

La estética es vaporosa, velada, con una cierta confusión. La inicial "E" está arraigada a la raíz de un árbol, que no se sabe bien si está hundiéndose o flotando; el nombre se está moviendo en el vaivén del agua. Cada uno de los elementos parecen confuso, y sumergiéndonos en éstas veladuras nos encontramos con un sol en la esquina, cuyos rayos, atraviesan gran parte de la composición, de manera diagonal, el cual, podría estar transmitiendo una sensación de crispación, como si estuviesen "arañando" el soporte y a los elementos de los mismos por los que atraviesa, estando lejos de representar lo que su discurso describió como un sol que proporcionaría amor a la tierra, y sentido mágico espiritual del ser humano y el mundo. En la estética de la imagen, se podría recoger un juego en ese límite invisible entre el agua y los elementos dibujados. El sol es difuso, es una bola con muchas rayas.

En la sesión 3, el sol apareció a través de unas manos, de ellas se desprendían rayos, trozos luminosos que daban vida al campo. La estética de la obra podría potenciar la expresión de agitación, crispación, ruptura que se percibía en la obra anterior. Los elementos principales que aparecieron fueron sol, naturaleza, árbol que después se repitieron, de una manera abstracta, no definida completamente, transmitiendo una confusión. El sol fue representado a través de líneas discontinuas.

Esta obra titulada "VIDA" respondía a la propuesta "hacer una presentación de ti misma a través de los materiales". Su discurso giró en torno al Reiki, a la *energía cósmica que nos conecta a todos con la madre tierra* y de las manos se desprenden dicha energía que estaban siendo transmitidas a las montañas. Para ella las manos mandaban energía para que naciese y floreciese vida. Llamaba la atención la manera de representar la energía. Nuevamente, podríamos reflexionar en qué medida el discurso verbal (consciente) se alejaría del material proyectado en la obra (inconsciente), ya que la energía, que podría ser como el sol en la composición anterior, estaba siendo desintegrada, en un momento de eclosión, de explosión donde parecía chispear en grandes bloques de fuerza "contra" las montañas más allá de estar dando energía o calor.



Adela, Imagen 2.

SEGUNDA FASE: SESIONES 6-10. "EL ÁRBOL DEL AMOR".

Nos adentramos en una fase intermedia del proceso creativo, donde la paciente se conectó con la tensión que generaba el enfrentarse a sus dificultades y desde la relación proyectiva que estableció con el material podría haberle ayudado a elaborar ciertos aspectos subjetivos relacionados a conflictos intrapsíquicos. A través de la observación de la creación de las imágenes empezó a verbalizar material inconsciente, las imágenes en esta fase podría cumplir funciones de reminiscencia, de ser mediadora de la palabra o imágenes corporeizadas (Schaverien, 1991).

Esta obra titulada "EL ÁRBOL DEL AMOR" respondió a la propuesta de la lectura de una poesía "*mi segundo nombre se llama Soledad*", Coria (2010). En éste taller, fue de especial interés el proceso de creación. Trabajó agitadamente, nerviosa, con rapidez de ejecución, parecía querer traspasar la obra y conforme pasaba el tiempo, éste modo de hacer se acentuará durante el proceso.

Se podría hablar de un cambio en el discurso que desplegaba Adela en relación a la visión de idealización, ampliándolo ahora el mismo tras permitirse conectar con emociones dolorosas

en relación a cómo se sentía y vivía su realidad, marcada por la angustia. La angustia podría representar esta distancia que parecía existir entre sus deseos expresados en la creación y su vida real.

Inicialmente su discurso se apoyó a una visión idealizada del amor, en esa relación hacia un origen del ser humano-Naturaleza, acercándose a un sentimiento espiritual con una energía divina o cósmica con un todo en el cual se sentía conectada.

La participante no pudo en el momento de la creación entender la totalidad del conflicto que está trabajando mediante el proceso creativo. Se considera esta obra como una imagen con función de *reminiscencia* porque se tendría que retomar para entenderla en su totalidad.



Adela, Imagen 3.

Pude apreciar unos símbolos que se repetían en las imágenes de talleres anteriores y en esta obra como: sol, árbol, raíces, y observar cómo estaban cambiando estéticamente y la manera de ser representados. Estéticamente la composición estaba más definida, con mayor orden, claridad y figuración. El sol estaba contenido por un límite grueso y rojo y los rayos no arañaban la obra de manera de la misma manera estética como podíamos apreciar en obras anteriores. El árbol arraigado a la tierra, parecía rozar a los corazones que estaban sepultados. Los cambios también se podrían denotar en los colores, ahora eran cálidos, intensos y armónicos.

En el turno de palabra la paciente tras la lectura de la poesía, subrayó frases de la misma, que ella personalmente compartía con la autora del escrito. Las frases que Adela seleccionó fueron las siguientes:

“Los hombres reclaman a sus parejas como madres y las tratan como niñas...”
“Tenemos que querernos primero a nosotras mismas para que nos quieran”.
(Coria, 2010).

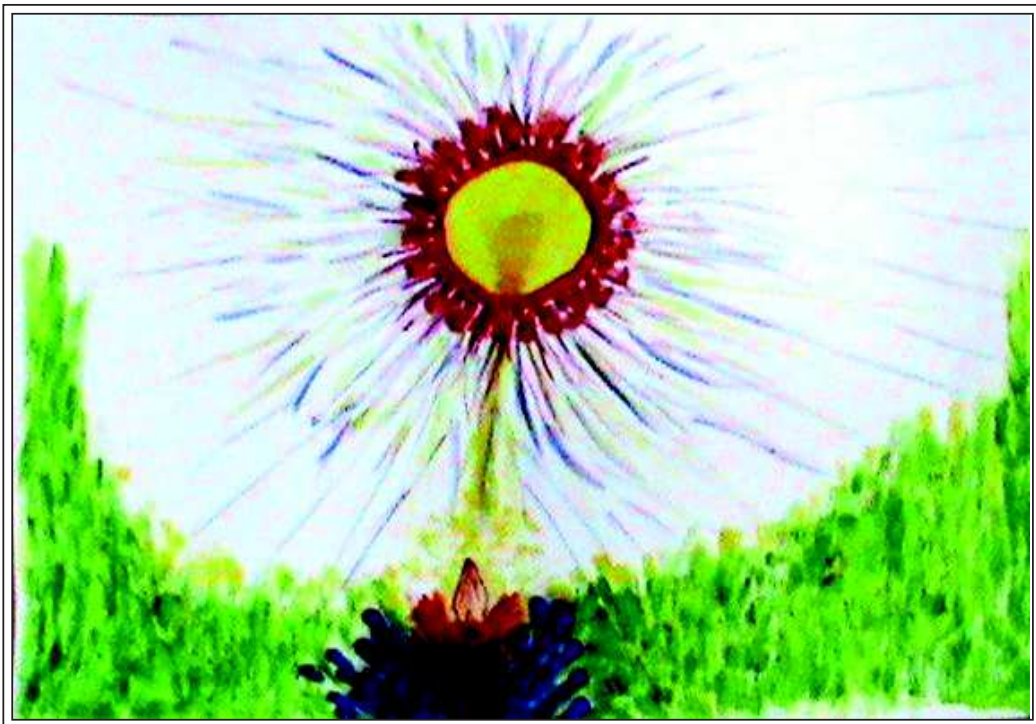
Asoció estas frases con relaciones sexuales negativas en una relación sentimental anterior.

Ahora se podía recoger una ampliación en el discurso, había dos discursos, mientras se mantenía el mecanismo de defensa de la idealización en torno al amor a la naturaleza, la paciente, tras la observación de las obras, narró experiencias sexuales desagradables y angustiosas. En una experiencia en concreto dijo: *“Tenía miedo a ser abandonada si no cumplía los deseos del otro, tenía miedo a que se fuera con otra mujer sino hacia lo que él quería”.*

Pasaba de un discurso a otro como si fuesen bloques de piedra diferentes sin tener ninguna relación el uno con el otro. Su concepción del mundo ideal parecía ser una burbuja que no se rompía, aún, tras recordar su pasado traumático.

En éste taller, se llevó la imagen a su casa y continuó trabajando con ella. Escribió la siguiente poesía:

*“Sol del alma
en un mundo nuevo
entre sonido de palabras
cediendo espacios, evitando negociar
nuestro segundo nombre es SOLEDAD
igual que dice Elena Coria”.*



Adela, Imagen 4.

Esta poesía me permitió hacer algunas asociaciones a modo de hipótesis, en relación a la repetición de los símbolos y las asociaciones que ella hizo de sus emociones y elementos de las obras como: el sol podría hacer referencia a ella; el árbol referenciar el estado de sus emociones en relación a la enfermedad; el corazón, el origen, emociones anteriores a la enfermedad, el *Self* en relación a la creación. En la obra ella los colocó bajo la tierra, en las raíces. Cuando habló del árbol, dijo que para ella el árbol que había creado en verdad

no existía, que era inventado, que había oído hablar de la posibilidad de árboles con esas características y que creía que podrían existir. Esperaba que esos corazones diesen fruto, vida al árbol y que se expandiesen al exterior. Me gustaría mencionar que a nivel proyectivo podía recoger dificultades para mirar algo en concreto mientras rodeaba con las palabras la lectura de la poesía creada; una sensación de evitación, se hacía presente en el espacio del taller.

En la siguiente sesión (taller 7), realizó una propuesta libre, en donde pintó el sol en medio de la composición y unas manos que contenían a un corazón saliendo de la tierra. Pude observar que ahora el árbol ha desaparecido, podría haber una relación directa entre el sol y el corazón. El sol ha sido representado en gran tamaño, en el centro y ocupaba gran parte de la composición, contenido con un límite rojo llamativo, del cual, se estaba desprendiendo rayos que estaba como explotando. Citó:

“Cuando miro la obra, la emoción es tan grande que no le puedo poner palabra. Algo se me escapa”.

En el turno de palabra expresó su agradecimiento a la vida, sintió que los talleres le estaban acogiendo y permitiéndole retomar actividades que le estaban sentando bien en relación a la creación.

Estas imágenes, tomando en cuenta la clasificación de imágenes de Schaverien (1991) se denominarían *imágenes corporeizadas* de emociones, porque podrían encarnar emociones sin elaborar, y normalmente, en el momento de realizarlas a la participante se le escapaba de su comprensión, o no podía abordarla en su totalidad y tendrán que ser retomadas más adelante para poder acceder al entendimiento de la totalidad de los conflictos que estaba trabajando.

La paciente definió los talleres de arteterapia como algo que le estaba “acogiendo” y le estaba permitiendo retomar contacto con aspectos que le hacían sentir bien.

En otro taller se trabajó con la propuesta “transformar una caja, trabajando su interior y su exterior”. Lo llamó “La casa de mis sueños”. La estética de la caja transformada en una casa, respondía a una estética de cuento, colores intensos, llenos de detalles que evocaban un hogar cercano a la naturaleza.

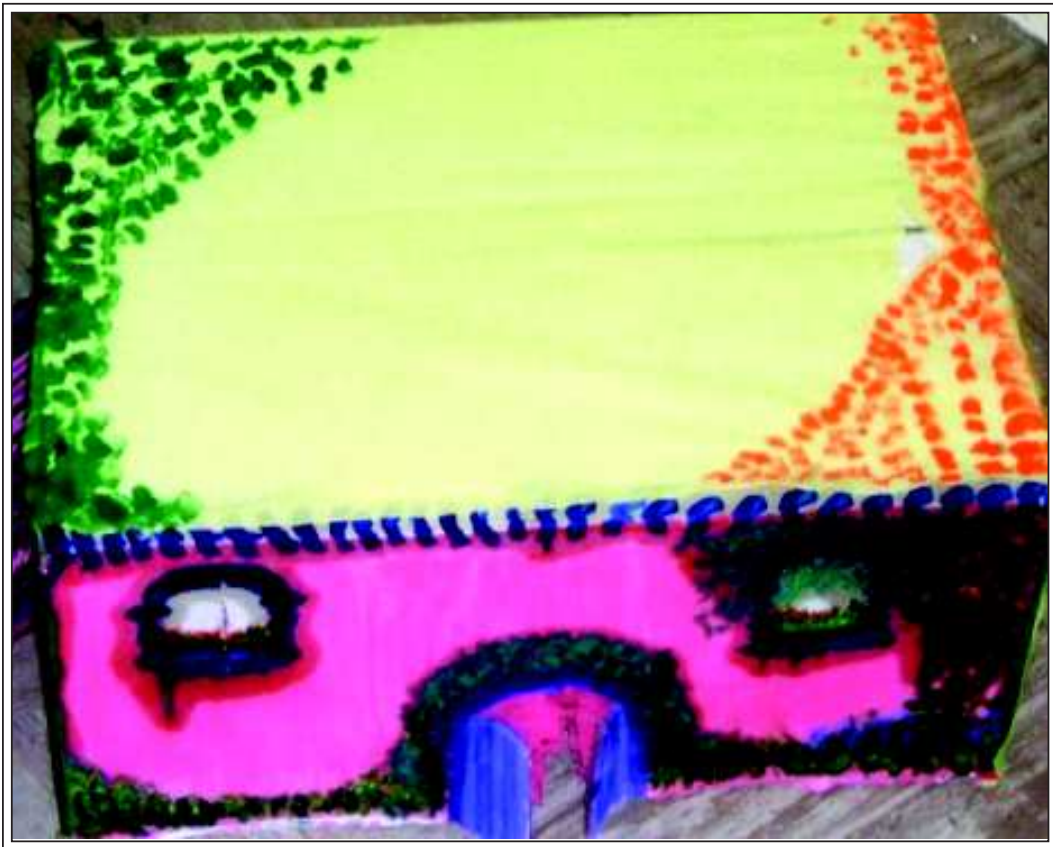
En el turno de palabra, asoció la casa con: pájaros, refugio, agua, lugar de seguridad, tranquilidad, paz. A través de la observación de la obra, desplegó un segundo discurso donde narró las dificultades y conflictos de su realidad en torno a diversos ámbitos como: el laboral, salud física, emocional, lugar de residencia y amistades.

Especialmente se detuvo en su casa, la real, no la de la imagen. Dijo sentir odio hacia ella, porque vivía en un espacio muy reducido, en un bloque lleno de vecinos y ruidos, en una parte muy transitada de la ciudad. Se manifestó la dualidad acerca de la representación de sus deseos en la obra, con las dificultades para gestionar una realidad que le angustiaba. Se le olvidó una parte de la propuesta mencionada, “trabajar el interior de la caja”. Tras recordárselo, hizo dos ausencias en los siguientes talleres. Cuando retomó el taller, fue especialmente significativo el cambio que se produjo en la selección de los materiales y el modo de usarlo. Normalmente su técnica preferida era el óleo, acuarela, pincel; técnicas líquidas que le facilitaba fluir y dar rienda suelta a sus emociones. Ahora, sintió dolor en las manos y ello podría influir en la selección del material que escogió papel forrado, con el cual, cortó y pegó de manera automática. El proceso de creación terminó muy pronto, apenas prestó atención y deseó dar por terminada la obra sin detenerse demasiado a comentarla. Este taller fue una excepción en relación a la dinámica y modos de crear anteriores. De tal modo, se podría observar el

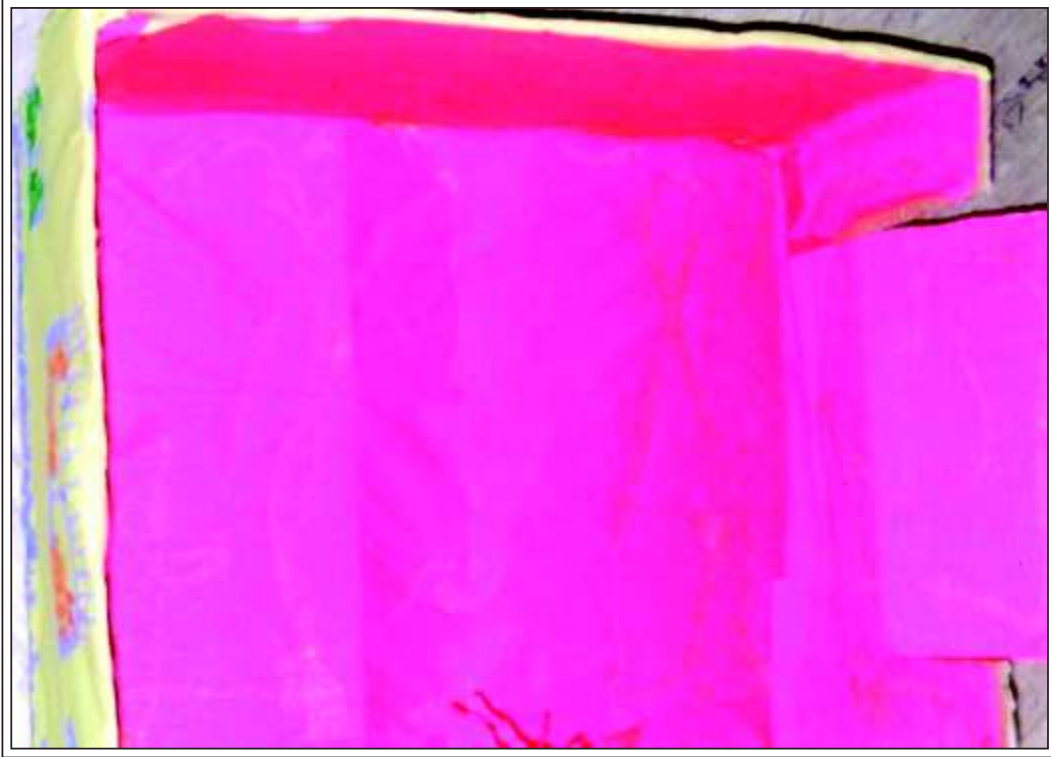
contraste del exterior donde ella abordaba la tarea de una manera parecida durante todos los talleres, con el interior, donde se activó el dolor que le hizo ausentarse y después abordó la tarea de una manera diferente significativamente. Así como, otro contraste podría ser que el interior de la caja se mostraba ausente de elementos decorativos.

Observando el interior de la caja, la parte externa de la caja tenía que estar completamente invertida. Trabajó desde un inicio el exterior de la caja, de tal manera que después le dificultaría trabajar el interior. Me pareció esta obra muy ilustrativa en relación a una de las características principales de la enfermedad que explicaba (Cigarán, 2004), acerca de la distancia abismal entre los dolores físicos y los dolores emocionales. Se podría ver proyectada en la obra que dentro de una misma propuesta, la creación ha acabado siendo dos obras invertidas. El interior, vacío pero llamativo, seductor; y el exterior, decorado, detallista, policromo, proyectando una estética ideal de la naturaleza. Las personas que sufren la fibromialgia, pese al dolor o el malestar, un rasgo común en ellas/os es que suelen presentar muy buen estado físico y preocupación por la estética (Cuevas. A. 2007).

Martín (2009) psicólogo clínico que estaba haciendo su investigación doctoral, en el centro AGRAFIM en el tiempo que yo estaba trabajando con esta paciente, y cuyo estudio versaba sobre rasgos de la personalidad en personas que sufren fibromialgia, con una muestra de 107 personas, me informó que uno de los rasgos que él había podido detectar fue la percepción que informaron una gran mayoría de sus pacientes de tener un sentimiento interno de vacío crónico. Me pareció ilustrativo éste dato recogido por mi compañero con la obra de creación de Adela, en la cual, de manera simbólica, a través de la propuesta de la caja, se estaba trabajando aspectos internos que quizás se podría relacionar con esa sensación de vacío. Este dato se recoge en este texto a modo de reflexión y no como dato empírico.



Adela, Imágenes 5.



Adela, Imágenes 6.

Otro hecho que me llamó la atención de este taller, fue que por primera vez en los talleres se ausentara dos veces y cuando volvió presentaba dolor en las manos. Éste hecho me llevó a reflexionar en torno al uso intencionado del cuerpo físico, de la enfermedad, como mecanismo de defensa para evitar trabajar aspectos de su subjetividad en el desarrollo de los talleres. Probablemente mi propuesta se habría planteado de manera anticipada. Quizás todavía no presentaba recursos para afrontar una propuesta tan simbólica como trabajar el interior de una caja y observaríamos el levantamiento de los mecanismos de defensa. En la tesis doctoral de Cigarán (2004: 205-212), una de sus conclusiones giró en torno a las resistencias y el beneficio de la enfermedad, lo definió como *“la alianza de la enfermedad”*. *Hartas de sentir que luchan, el dolor físico se convierte en el “amigo más fiel”. Nunca les falla, en los momentos difíciles, desarrollan inconscientemente una forma de reaccionar apoyándose en ese “amigo fiel”, no distinguiendo entre el “no puedo” y “no quiero”. De ésta manera, a través de la enfermedad se construye un muro con el cual protegerse a la conexión o enfrentamiento de emociones.*

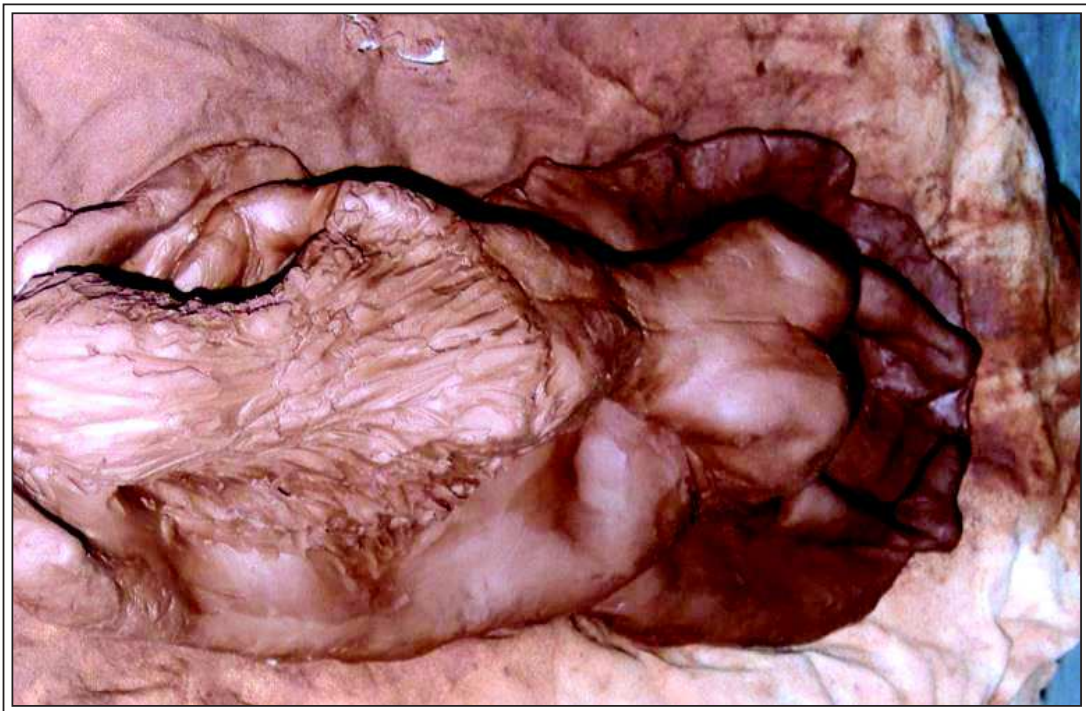
Así mismo, revisando otras fuentes de investigación, encontré un dato curioso procedente del doctor Feldman (2008) quién no podía entender por qué los pacientes que él citaba, cancelaban su turno al llegar a la puerta de su consultorio en la clínica de la Duke University. Feldman, médico psiquiatra tardó un tiempo en darse cuenta de que la razón era que junto a su nombre, en la puerta de su consultorio decía *“Medicina Psicosomática”* y la gente estaba convencida de que se les iba a decir *“todo se debe a un problema psicológico”*, para muchos sinónimos de locura. El dolor corporal es una manifestación del dolor emocional y no entienden que tenga alguna relación con sus cogniciones, sus experiencias vividas y emocionales ligadas a ésta, su personalidad, su *“yo”*.

A partir de éste taller reelaboré unos objetivos prioritarios: cómo ayudar a diferenciar su discurso plástico del discurso verbal. Señalar la diferencia entre la representación de su deseo y la realidad de su vida actual; intentar enlazar su discurso con lo plástico y transmitir el mensaje de que en los talleres se trabajaría hasta donde se pudiese y que ella podría parar su trabajo en el momento que lo deseara (con una intención de evitar la ausencia como un mecanismo de evitación).

TERCERA FASE: SESIONES 10-13. "LA CAIDA".

He establecido la tercera fase en función de la creación de una imagen que rompía tanto estéticamente como en contenido con las obras anteriores y donde se había producido unos cambios mayores.

En la imagen de la sesión 10: (Imagen corporeizada) encarnó las emociones que ha estado trayendo de manera fragmentada en obras anteriores. En relación al discurso en el turno de palabra, no había alternancia de dos discurso (idealización y angustia) sino que sólo había uno: LA CAIDA, en la representación de la condición humana desde la soledad absoluta frente a sus emociones.



Adela, Imágenes 7.

Me pareció interesante resaltar la manera en cómo expresó dichas emociones, lo hacía desde una posición de resignación, como algo normalizado que me hacía asociar con la posición frente a la enfermedad. Algo muy significativo fue cuando explicó que para poder crear esta imagen estuvo pensando detenidamente en cómo era su cuerpo, cómo era: sus pies, su piel, musculatura, tobillos, caderas, etc., en ese pensar cómo era su cuerpo creó el cuerpo de la imagen.

Estéticamente el cuerpo era un escorzo, donde las emociones de dolor y sufrimientos estuvieron magistralmente logradas al ser expresadas a través del cuerpo y no a través del rostro. El cuerpo ha canalizado la emoción en bruto, es la emoción de la angustia. En la obra "renacer" realizó un trabajo de reparación tras la simbolización anterior. Trabajó desde la obra anterior.

Logró cambiar su significado tras modificar, la posición de los pies, las manos y la cabeza. Esta obra supuso un punto de inflexión en el proceso del arteterapia. La obra podría reflejar de manera objetiva un conflicto subjetivo mediante el uso de la materia para transformarlo mediante el acto creativo. Pero, por otro lado, la relación establecida con el material, el acto de crear le permitió introducir un tercer elemento que posibilitó el cambio de lugar, había algo nuevo en la repetición, porque construyó desde el padecimiento.

En esta transformación a través de la materia, me gustaría parafrasear de manera muy breve la relación que estableció Paín (2008:2) entre crear y salud mental:

Crear: "Tiene que ver con un trabajo irrenunciable para la salud mental, permite tener la sensación de dos aspectos que conviven en el psiquismo: unidad y permeabilidad psíquica".

"Unidad: El acto creativo es un modo de convivir entre distintas representaciones".

"Permeabilidad psíquica: Dar un estatuto de relevancia a la diferencia entre las distintas representaciones".

"El espacio psíquico" da vida en la necesidad de sentirnos en una prolongación con nuestro medio, con el desarrollo de los vínculos que nos animan a amar, a respetar, a valorar, a sentir, en definitiva, el gusto de ser en relación" (Pain, 1995).

Así mismo, me gustaría recuperar en este texto el concepto de "transformación" que desarrolla Sara Pain, en el cual, lo define como el proceso donde la paciente "transfiere" a la materia carga emocional para trabajar elementos traumáticos, mediante la creación.



Adela, Imágenes 8.

Observamos como la participante ha ido expresando de manera repetitiva sus conflictos emocionales, y posiblemente en esta obra, tanto la relación o vínculo con la materia (las potencialidades que tiene el barro para conectar con aspectos más profundos de la persona) y el acto de crear, le permitió introducir un tercer elemento, que posibilitó el cambio de lugar subjetivo. Se podía recoger algo nuevo en la repetición.

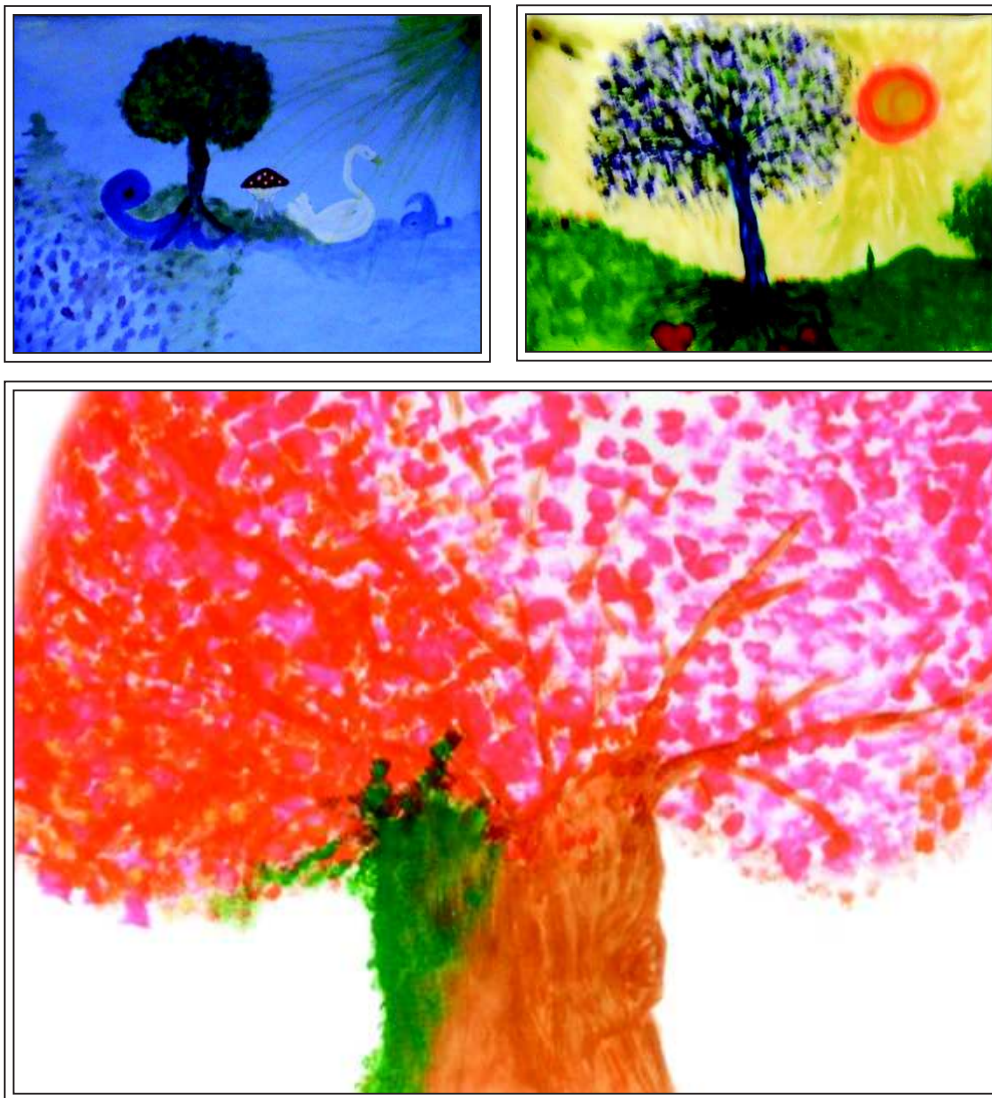
Estéticamente el escorzo expresaba crispación tras modificar la cabeza, pero los pies y las manos se estaban preparando para la acción, para levantarse. La imagen era una excepción en su trayectoria creativa. Encarnó las emociones que ha estado trayendo de manera fragmentada en las obras anteriores.

Paralelamente, por primera vez en el turno de palabra, no había alternancia de discurso idealizado con discurso negativo sobre su realidad. Ahora todo el discurso se centró en la caída, en la representación de la condición humana desde la soledad absoluta frente a sus emociones. La actitud que presentó en el proceso y en la creación me hacía pensar si podría existir alguna relación con su actitud hacia enfermedad.

Se podría así mismo, abrir la reflexión si el cambio de la técnica, el uso de la arcilla, habría influido desde las posibilidades que ofrece para facilitar la forma y concreción expresiva de conflictos internos, reelaborar de una manera más definida y encarnada, la problemática que Adela estaba trayendo a lo largo de los talleres, posibilitándole una mayor conciencia de su estado emocional.

Cuando narró que la figura se caía por completo no trató de enderezarla, cambiarla, convertirla en la idea por la que había empezado, sino que con resignación aceptó lo que había ocurrido. Habló de la caída como algo normalizado, de la vida como un paso de sufrimiento, desde una resignación o aceptación hacia el dolor.

En las siguientes sesiones pudimos observar el cambio en la repetición de uno de los símbolos, el árbol. Anteriormente, el primer árbol, dijo que para ella ese tipo de árbol no existía pero que quería hacer algo con él y ahora podemos observar un cambio en la representación de este símbolo. Cuando lo observó, a ella misma le llamó la atención que el árbol estaba dividido drásticamente en dos colores, en dos zonas, primero lo tituló *"equilibrio y melancolía"*. Finalmente, tras observarlo más detenidamente le cambió el nombre: *"La fuerza"*. Podría ser una continuación a la imagen de la caída creado en la sesión 10 de caída.



Adela, Imágenes 1, 2 y 9.

<p>Tabla-síntesis de las palabras principales del análisis del caso de Alicia:</p>
<p>Idealización, crispación, ruptura, colisión, sensaciones internas opuestas, confusión, tensión, conflictos intrapsíquicos, angustia, conflicto, ordenación, claridad y figuración, experiencias sexuales desagradables y angustiosas, repetición de los símbolos, evitación, dificultades, dualidad, sentimiento de vacío crónico, fragmentación, posición de resignación, reparación tras la simbolización, repetición, transformación, cambio de lugar subjetivo, cambio en la repetición.</p>

<p>Tabla que relaciona las palabras claves extraídas del NVivo 10 con las categorías que se han analizado oportunidad:</p>	
Categorías	Palabras clave
Construcción del apego	Angustia
Mecanismo de defensa	Idealización, evitación, repetición
Somatización	Angustia, tensión
Construcción de la identidad	Sensaciones internas opuestas, confusión, conflictos, dificultades, dualidad, fragmentación
Sesgo de género	Experiencias sexuales desagradables y angustiosas, posición de resignación, miedo a no ser querida
Simbolización plástica del conflicto	Crispación, ruptura, colisión, ordenación, claridad y figuración, repetición de los símbolos, sentimiento de vacío crónico, reparación tras la simbolización, transformación, cambio de lugar subjetivo, cambio en la repetición

7.4.1.2 Conclusiones del estudio de caso A (Alicia)

En este apartado voy a relacionar el trabajo desarrollado en relación a los objetivos específicos diseñado en esta fase de investigación-acción:

Objetivos específicos de la 1º fase de intervención	Conclusiones específicas de la 1º fase de intervención
<p>Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.</p>	<p>-Se han producido cambios tanto en el discurso como en la representación de sus producciones.</p> <p>-Ha reforzado aspectos de su identidad y de su estima a través del proceso creador, que le ha producido un aumento de satisfacción interno y bienestar.</p> <p>-Ha desarrollado un proceso dinámico, en movimiento, modificando la posición inicial de percibir su propia vida, hacia otras posibilidades de poder mirar su obra y narrar su historia.</p>
<p>Posibilitar la reestructuración interiorizada de la imagen corporal dolorida.</p>	<p>-A través de la creación pudo mirar y sostener una imagen que representa una de las características principales de la fibromialgia, el dolor. Tomó conciencia que para ella, la fibromialgia suponía una acumulación de alteraciones emocionales que la han posicionado en estados de dolor extremo y continuado en el tiempo.</p> <p>-Al final de los talleres su discurso se ha centrado en un discurso -en lugar de dos discursos (idealización y angustia vital)- la caída y su sufrimiento, y tras un trabajo de reelaboración, representó la fuerza como metáfora de lo emergente internalizado.</p>
<p>Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.</p>	<p>-Se ha notado una rápida mejoría en su estado emocional en relación al dolor desde el inicio de las sesiones.</p> <p>-Ha verbalizado sentir sensaciones de satisfacción, contención y bienestar tras la creación.</p>

<p>Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.</p>	<p>-A través de la creación ha construido recursos personales, en el cual, hay un momento clave de la evolución, donde ha podido mirar su sufrimiento dentro de una contención y usar el objeto creado para hacer una reelaboración y reparación.</p> <p>-A través de la observación de la creación de las imágenes ha podido verbalizar material inconscientes, la imágenes han cumplido funciones de reminiscencia, de ser mediadora de la palabra y de encarnar emociones que posteriormente ha podido integrar parte de las mismas de una manera más unificada, proporcionándole una mayor tranquilidad interior, control, autoconocimiento y ordenación de aspecto de su subjetividad que le ha posibilitado una mejoría y disminución del dolor.</p>
<p>Utilización de los talleres como medios para canalizar las emociones bloqueadas y de malestar en la subjetividad de las pacientes.</p>	<p>-Conectar con la tensión que genera el enfrentare a sus dificultades y desde la relación transferencial con el material ha elaborado ciertos aspectos subjetivos relacionados a conflictos intrapsíquicos.</p> <p>-Los talleres le han permitido canalizar la angustia en relación al reconocimiento social de su enfermedad y transferir en las obras la carga emocional inicial transformándola en imágenes que le devolvía un reflejo amable y satisfactorio de sí misma.</p> <p>-Ha expresado malestar en la relación de pareja, al tener que hacer cosas que realmente no deseaba por miedo a ser abandonada. A través de los talleres ha podido pensar en el vínculo de sometimiento y como el mismo afectaba a su salud física y emocional.</p>

<p>Conectar y escuchar al cuerpo de una manera diferente al dolor, mediante la expresión artística.</p>	<p>-La obra "La Caída", encarnó emociones que ha estado trayendo de manera fragmentada en obras anteriores y posibilita que la paciente lo observe de manera unificada. Ésta obra le ha permitido observar, pensar, tomar conciencia, y simbolizar la imagen corporal en relación a su sufrimiento.</p> <p>Las imágenes actúan como función de espejo que posibilita por un lado, una devolución de su estado emocional (metáfora de su imagen interna) y por otro lado, trabajar con ello, al haber sido proyectado en el material. Trabajar la obra la caída y la recuperación ha tenido unos efectos transformación interna en relación a su imagen corporal.</p>
<p>Intentar enlazar su discurso con lo plástico.</p>	<p>-Su discurso se centra en un sentimiento de idealización hacia una vuelta al origen de la vida y la naturaleza. Mientras ella habla de la vida y de las personas bajo un velo de idealización, las imágenes (de esta fase) expresan crispación, ruptura, colisión, etc. Me hizo reflexionar sobre las dificultades que presenta para gestionar su realidad en relación a sus deseos e hice uso de la técnica de la clarificación, confrontación e interpretación para trabajar este material que la paciente ha ido trayendo de materia repetitiva y ha ido recreando a través del proceso creador.</p>
<p>Orientar el uso del arte en su capacidad para presentar de manera organizada aspectos parciales de la propia subjetividad.</p>	<p>-Ligar la materia a un trabajo de "reparación", haciendo uso del objeto creado ("Obra "la caída") para hacer una re-elaboración de la materia (Obra "la fuerza").</p> <p>Hice uso de la técnica de la clarificación, confrontación e interpretación para trabajar el material que la paciente ha ido trayendo de materia repetitiva y ha ido re-creando a través del proceso creador.</p>
<p>Trabajar desde cómo se encuentre y desde sus preferencias con los materiales, respetando sus limitaciones.</p>	<p>-Transmitir el mensaje de que en los talleres se trabaja hasta donde se pueda y que ella puede parar su trabajo en el momento que lo desee o que puede venir al taller y no trabajar con el material si siente dolor físico (con una intención de evitar la ausencia como un mecanismo de evitación).</p>

7.4.2 ANÁLISIS REFLEXIVO DEL ESTUDIO DE CASO B (BÁRBARA)(Segunda fase de la investigación Acción): LA HUIDA SIN DEJAR RASTRO.

Descripción fenomenológica del caso B (Bárbara): (ver en anexos 4).

Temas principales:

Necesidad de ser aceptada, querida.

Identificación de la figura materna.

No separación con el vínculo materno.

Construcción de la identidad carencial.

Dualidad en el discurso: mecanismo de defensa de la idealización y angustia vital.

Conductas de imitación de otra participante como resistencia para no conectar con su tensión subjetiva (sentimientos propios y mandatos superyoicos en relación a la "perfección").

Conductas marcadas por la hostilidad reprimida que se activan en los talleres a través de la técnicas de acrílicos (agua como símbolo de la limpieza y la relación a los sesgos de género), como posible reactivación de elementos traumáticos en la infancia y el desplazamiento hacia otras pacientes como marca de la repetición del conflicto sin elaborar.

Bloqueos para poder identificar las necesidades propias. Conductas de "dar al otro de manera incondicional" y que se tornan en otras conductas como "la queja, exigencia, culpa, enfado" cuando el otro no responde en función de sus necesidades y expectativas. Ello ilustra el conflicto inicial y las dificultades para poder hacerlo consciente que se traduce en un desplazamiento inconsciente en la relación transferencial con el otro, quien reactualiza el vínculo originario. Dicha falta podría estar condicionada por sesgos de género.

Evolución de características estéticas iniciales marcadas por: rigidez, simetría, estatismo, búsqueda de perfeccionismo, búsqueda del orden a otra con mayor permeabilidad, ruptura de los límites, figuración, integración, equilibrio y unificación, y la evolución refleja el trabajo de identificación, elaboración e integración del material inconsciente reprimido.

PRIMERA FASE: LA HUIDA DEL DOLOR

Durante las primeras sesiones, a Bárbara se le despertó el interés de aprender a pintar de manera más técnica y dichos deseos se fueron incrementando conforme evolucionaron los talleres.

En los dos primeros talleres, se fijó mucho en el trabajo que estaba haciendo Carolina, en donde hubo partes que resultaron ser muy parecidas. Quizás Bárbara trataría a través de la imitación, de calmar los miedos habituales que suelen activarse al inicio de los talleres de arteterapia ("no saber pintar", "no hacerlo suficientemente bien", etc) y a su vez, podría quizás estar buscando el reconocimiento o sentirse aceptada.

En el segundo taller, se trabajó con la propuesta "expresar ideas o cosas que nos gusten", la participante respondió asociando sus deseos con los deseos de su madre, a quién representó plásticamente en un tamaño jerárquico mayor en el centro de la composición. El deseo giraba en

torno al amor, el amor como vehículo de comunicación, de generosidad y vinculación hacia al otro. Repitió de manera reiterada que su madre siempre le había inculcado:

"se buena y ama a los demás de manera incondicional, haz el bien, lo más importante es el amor...sé todo amor para los demás..."

A través de este taller, teniendo en cuenta el lugar al que coloca a su madre, podríamos reflexionar en las posibles dificultades que manifestaría la participante para poder darse un espacio propio y un valor a sus deseos. Resulta ilustrativo, los significados que le atribuye al amor, mostrando a su madre como transmisora del modelo de feminidad vigente: tienes que ser *buena, generosa, estar siempre para los demás, priorizar al otro*, etc. Bárbara, parecía que lo traía a este espacio como un discurso que ella había aprendido para obtener la aceptación de los demás. Freud, (1914) señalaba que la civilización reposa sobre las represiones anteriores y que a cada nueva generación se le plantea la labor de conservar esa cultural, llevando a cabo las mismas represiones. Aunque, tal y como se verá en posteriores talleres, Bárbara manifestará su deseo de tener poder (mandar) dentro del taller y hacia las otras participantes, que no se corresponderá con el discurso aprendido de su madre. Se puede recoger un conflicto en relación a la identificación con su madre, en donde en este espacio, se evidenció como una dificultad para poder acceder al reconocimiento del deseo propio de la participante, de poder saber si había algún deseo suyo en la obra, y finalmente concluyó que sus deseos podían ser los que estaban en una esquina, el mar, representado en un tamaño pequeño, casi invisible.

La imagen 1, *¿la huida del dolor?*, responde a un trabajó con la tinta china, plumilla, diferentes formatos de cartulinas, purpurina, y con un cuentagotas en lugar de la plumilla. En esta obra pude percibir durante el proceso de creación un mayor riesgo y una menor búsqueda de



Bárbara. Imagen 10.

imitación a otras personas o imágenes externas. El hecho de trabajar con un cuentagotas le impidió tener un dominio pleno de la materia y su manera de utilizarlo. A través del material, sintió un gran malestar, como ella citó:

“he tenido que crear desde la imprevisibilidad de la tinta, he creado desde lo que me sugería, me he tenido que amoldar a ella”.

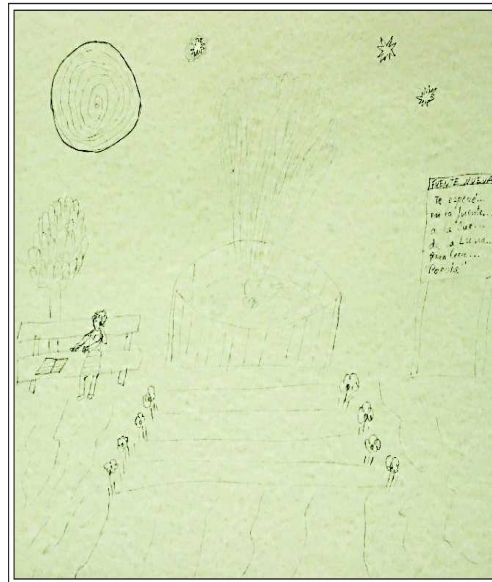
La interacción con la técnica y la consigna de la tarea, le podría haber hecho conectar con cierta tensión subjetiva; y ello le podría haber derivado a la paciente a crear una imagen experimentando muchas dificultades para lograr sus propósitos. El malestar se pudo observar por los gestos del rostro y los movimientos del cuerpo, ante esta una situación que no tenía el control y que le impulsó el intentar probar otras soluciones para poder resolver las dificultades presentadas. Intentó pintar, poniendo el soporte de la obra en el aire, de tal manera, que con solo una mano pintaba y con la otra lo sostenía desde abajo. Esta nueva situación le produjo un aumento de tensión y de malestar, que le derivó a poner el soporte en la mesa y a aplastarlo con otra hoja. Al aplastar la tina, logró que ya no fluyese por la cartulina, y una vez que la tinta había quedado inmovilizada terminó la composición. Estas actitudes a la hora de resolver dificultades en torno al material durante el proceso creativo, podrían ser pensados como procesos ilustrativos a cómo posiblemente la paciente, podría en determinadas situaciones, manejar las dificultades que le conectasen con sus vulnerabilidades psíquicas de la misma manera que lo estaba haciendo dentro de los talleres y al mismo tiempo, no ser consciente de dichas estrategias. Uno de los rasgos comunes que expuso (Gómez, 2007) en su práctica clínica con mujeres que sufren de fibromialgia, es la presencia de la tendencia del conflicto, de cuya existencia o contenido no se percataban, porque son inconscientes y ante los cuales procuraban alcanzar de manera automática ciertas soluciones de compromiso, pero que serían soluciones menos satisfactorias que las de un individuo “sano”.

A partir de estos talleres, surgieron las primeras asociaciones libres sobre emociones experimentadas durante el proceso con otras situaciones de su vida. Pudo identificar el malestar con: *“no tener el control”*, con el hecho de *“tener que adaptarse”* a la situación y con la fibromialgia. Asoció *“la reja como el dolor, las figuras como personas que huyen del dolor; el camino como la fibromialgia”* y a nivel verbal se podía recoger una gran resistencia, negación durante el discurso, marcado por un discurso idílico en torno a la energía con la vida, la lucha y la resistencia de su trabajo personal para combatir su estado de malestar.



Bárbara imagen 11: La herida ¿la huida del dolor?

En el siguiente taller que corresponde a la imagen 2, “la fuente”, la imagen respondía a la propuesta “usar lápiz de escribir y goma”. En esta obra se repitió la acción de copiar o imitar a la compañera. Por un lado, este hecho, se podría relacionar con otros estudios de casos de mi experiencia profesional y con la literatura encontrada, cuyos autores exponían que en una primera fase de intervención, era habitual la necesidad de imitar en lugar de crear desde sí mismas. Demeecker (2007) en su trabajo con mujeres que sufren de reumatismo y fibromialgia, señalaba la importancia de tener en cuenta este aspecto para que el arteterapeuta pudiese favorecer en los casos necesarios, un periodo de tiempo lo suficientemente largo, para que las personas implicadas desarrollasen la capacidad de la creatividad. Esta dificultad de poder crear desde sí mismas, nos podría indicar, la posible dificultad que podría existir para conectarse a áreas psíquicas emocionales. Beck (1975: 180) decía en relación a ciertos aspectos de la personalidad de los/as personas que sufren psicopatología, que podría caracterizar por *la tendencia a la negación de sentimientos, la represión de las necesidades y la sobre-adaptación a las normas externas*¹. Actualmente, no se puede considerar el síndrome de la fibromialgia dentro de la clínica psicopatológica, pero sí se puede relacionar ciertas similitudes. Desde mi punto de vista, la imitación, también podría ser pensada como un medio, mediante el cual, se podría poner en juego deseos de alcanzar una perfección o éxito en los resultados, evitando una conexión con la parte emocional vinculada a no alcanzar expectativas deseadas y al mismo tiempo se podría pensar como una resistencia².



Bárbara Imagen 12: “La fuente”.

En la imagen de la fuente realizada por Bárbara, llamó la atención las características estéticas:

1 Sin embargo, también he encontrado otros estudios de casos desde mi experiencia profesional y de otros profesionales (que no lo han publicado y no lo transmito como dato empírico sino como parte de una reflexión), donde las pacientes, manifestaban un alto grado de creatividad y producción desde una fase inicial de la terapia. En algunos casos, la actitud predominante se caracterizaba por un “todo es perfecto”, un “exceso de productividad”, acatar literalmente la propuesta, donde las pacientes trabajaban aparentemente muy bien. Considero que puede ser pensado como otro modo de actuar bajo deseos de “agradar y cumplir las expectativas del Otro”, (que respondería por un lado a procesos de negación y de resistencia y por otro lado, a modos de comportamiento del ideal de feminidad vigente) que les posiciona en un mismo lugar, evitar la conexión a sus propios deseos y actuar bajo dichas consignas

2 En el mismo taller de la imagen de la fuente, se incorporó una persona nueva participante llamada Diana. Bárbara manifestó nuevamente una necesidad de imitar a Carolina. Quizás sintió la necesidad de reforzar el sentimiento de reconocimiento y aceptación por parte de Carolina, y dijo varias ocasiones: “nosotras somos iguales”. Según Duró, Luz, López, y Vignale (2001) define un fenómeno grupal denominado “fenómeno de resonancia” para hacer referencia a un fenómeno que afectaría a la gran mayoría de los/as pacientes implicados y en este caso, este fenómeno de resonancia se podría ver de manera ilustrativa en la estética de las obras. Quizás ante la entrada de una nueva usuaria, se pudo activar con mayor fuerza en Bárbara un deseo de ser igual a Carolina, como una ilusión de ser iguales frente a la diferencia. La paciente Diana, sufría una enfermedad diferente al síndrome de la fibromialgia, pero muy parecida en la sintomatología del dolor. Bárbara y Diana se conocían de la asociación y mantenían una mala relación entre ellas desde hacía tiempo.

rigidez, simetría, estatismo, búsqueda del perfeccionismo, búsqueda del orden, imitación o copia de la imagen de la compañera, etc. Pain (2008: 88) dijo que *“si la obra se reduce a la reproducción, conducida por aquello que se sabe sobre las cosas y no por la vivencia de sus múltiples maneras de aparecer, el resultado será rígido, frustrado y repetitivo”*. Demeeker (2007) interpretó dichas características estéticas descritas en la obra de la usuaria, como formas que poseían una tradición interna equivalente que ha servido a menudo como protección. Lo más característico desde mi punto de vista, es la rigidez, la inmovilidad de la fuente, la cual, podría también representar la inmovilidad de su cuerpo, a merced de su entorno.

Estas imágenes se englobaría dentro de las “Imágenes Signos o Diagramáticas” (Schaverien, 1987). Según Schaverien, este tipo de imagen tiene una función de establecer vínculos, ocupar un lugar dentro del taller, y serviría como preámbulo para la creación de otras imágenes con mayor carga emocional.

A raíz de este taller, en el turno de palabra, las usuarias expresaron qué significaba para ellas sufrir la fibromialgia y cuáles podrían ser sus causalidades. Tanto Bárbara como Carolina concluyeron que la fibromialgia se debía a un exceso de amor y cuidado hacia el otro y que el problema se derivaba cuando el otro no les devolvía de la misma manera a cómo ellas lo hacían. Por un lado, expresaron que sus acciones eran altruista pero por otro lado, también expresaban sus sentimientos de dolor y decepción cuando el otro no les correspondía como ellas pensaban que deberían de hacerlo, quedándose con una sensación de vacío interno, al dar pero no recibir. Távora (2013) en su trabajo con mujeres con fibromialgia, señalaba como rasgo común encontrado, en una cierta distorsión cognitiva y malentendido a la hora de elaborar las pérdidas, donde ellas se posicionan en el lugar de víctima “somos las buenas” sin poder ver al otro más allá de las necesidades propias, ver al otro separado de sus necesidades, que de alguna manera, tratarían de justificar mediante dicho discurso, la tensión subjetiva que se activaría en el desencuentro con el otro, y cuyas dificultades presentadas podría relacionarse con la teoría de Melanie Klein de las relaciones objetales.

Bárbaja dijo:

“no quiero controlar la vida de otras personas, como la de mi hermana, pero cuando no me cuenta las cosas y me las ocultan, me siento mal. Yo hago las cosas sin esperar nada a cambio, pero cuando no me responden, me siento mal”.

En esta cita, me gustaría detenerme brevemente, para mencionar que tanto la palabra como la acción de “controlar”, se hacía evidente a lo largo de los talleres, bien para instruir a la compañeras cómo debía de utilizar los materiales, qué debían de pintar, cómo se debía de organizar...Se podría decir que se vinculaba transferencialmente en el grupo desde una necesidad de “tenerlo todo bajo control” y “controlar al otro”. Estas acciones que se recogieron por las pacientes, nos permitieron pensar en la “percepción del control interna bajo e inseguro”. Cuanto menos control interno mayor era la necesidad de preverlo todo y de actuar como un/a controlador/a hacia el exterior y los allegados, por la necesidad de anticiparse. Al no tener una percepción interna de seguridad, se estaba bajo un estado de hipervigilancia constante. Ello, nos daría información acerca de una construcción de la identidad carencial.

Finalmente, Diana, aportó una visión diferente, y les devolvía otra perspectiva que bajo su punto de vista, decía:

“...el problema parte de vosotras, de vuestra dificultad de no poder soportar no tener el control de las cosas y en realidad, las buenas acciones que hacéis, es porque vosotras necesitáis hacerlas para sentirnos bien con vosotras mismas, por vuestra propia necesidad, porque las otras personas, en realidad no lo necesitan...”

En las situaciones carenciales afectivas y formaciones traumáticas en la infancia, el trauma

impide la construcción del yo y se producen bloqueos emocionales. Entre las diferentes maneras de evitación del sufrimiento, se podría nombrar las somatizaciones, en el cual, el sufrimiento aparecería años posteriores, y otro modo de evitar podría ser mediante el aprendizaje a esquivar situaciones que las colocarían en el dolor. Observamos que la paciente Diana, le confrontó a las otras pacientes con esa parte inconsciente, somática del dolor, que ellas no podía pensar, ni elaborar y que podría estar tratando de evitar como mecanismo de defensa.

Diana de una manera impactante actuó de reflejo de las otras dos usuarias, quienes no pudieron o no supieron elaborar el material que le estaba devolviendo. Este debate derivó finalmente, en un enfrentamiento entre las tres usuarias, ya que Bárbara y Carolina no aceptaron lo que decía Diana.

Schaverien (1999) desarrolló el concepto de "Scapegoat" (chivo expiatorio) y expuso que el mismo, se podría poner de manifiesto en los talleres: bien como obra que lo encarnaba o bien, como dinámicas dentro de un grupo, quienes desplazaban su malestar a un miembro del grupo. La paciente Diana, a partir de este taller se convirtió en el chivo expiatorio.

SEGUNDA FASE: VITALIDAD Y FUERZA

En esta fase se pudo observar que los rasgos estereotipados, fragmentados, simétricos, herméticos que estaban presente como característicos en la primera fase del taller en el caso de Bárbara, irán cambiándose a otras características estéticas como se pudo observar en la imagen 2: "*Sentimiento*". Así como, también se pudo observar unos límites entre unas zonas de la obra a otra, y un intento de romper los límites, donde los mismos se mezclaban y la composición disminuía el hieratismo, al adquirir mayor permeabilidad entre los colores, los elementos y el fondo.



Bárbara. Imagen 13: "*Sentimiento*"

Se abrió un pequeño ciclo de propuestas con el material "acrílicos y acuarelas". En un

primer taller de este ciclo, una de las consignas era pintar con las manos. La paciente Bárbara, inicialmente rechazó ésta técnica, pero llevó a cabo la tarea y durante el transcurso del taller pude percibir conductas de hostilidad desplazadas hacia las compañeras a quienes instruía en torno a: dejar limpio el material, no mezclar los colores, uso adecuado de los mismo, etc. Especialmente, expresó una fuerte tensión interior, cuando algo *“no estaba correctamente limpio, ordenado, en su lugar”*. En la asociación libre de ideas en torno a la identificación del malestar con aspectos biográficos, finalizó hablando de su relación con su hermana menor, a quien también le han diagnosticado de fibromialgia y a quien la paciente, la definió como:

“obsesiva de la limpieza”.

Exactamente dijo:

“No es que yo sea una extrema de la limpieza, como mi hermana, pero me gusta”.

Las negaciones como *“No es que sea una obsesiva”* o *“No es para controlar”*, aparecían repetidamente a lo largo de los talleres, y se podría reflexionar en el concepto de la ambivalencia, y su relación con la personalidad en concreto de ésta participante pero también hallado en otros estudios de caso, donde encontramos sentimientos reprimidos, negados, conductas tendentes a tapar y mostrar reflejos contrarios y cómo a través del proceso creativo, y la vinculación con los materiales evocaría a ciertos recuerdos, en donde se puso en juego o en relieve dichas dinámicas de procesos de formación psíquicos. En arteterapia, las intenciones estéticas y terapéuticas se determinan recíprocamente (Pain: 2008). En psicoanálisis precisamente aquello que se niega nos podría estar revelando algo de ese sujeto que interactúa en conflicto.

Conforme evolucionó el ciclo de taller, la técnica de pintar con acrílicos, le fue gustando. En concreto citó:

“Hemos empleado acuarelas, me ha gustado mucho la mezcla de colores y utilizar el pincel”. He hecho una mezcla de colores, bien delimitados entre sí”.

Así poco a poco las resistencias presentadas por el material, que le permitían asociar a narrativas biográficas concretas marcadas por dificultades o tensiones sin tener una plena conciencia, se fueron convirtiendo en resistencias trabajadas mediante la expresión artística y transformadas en una estructura visual. Dicha estructura visual, podía tener un efecto cercano al concepto de “espejo” desarrollado por Lacan, que le permitió a la participante recoger elementos estéticos que se conectarían a lo más genuino y propio de su subjetividad e iniciar, desde una observación en el espacio del taller, un rol más activo y consciente de su propia subjetividad.

En otro taller más avanzado, se trabajó con la arcilla y representó la escena de “una madre y una hija unidas por un vínculo”. Bárbara compartió un recuerdo de cuando ella tenía siete:

“Mi madre nos exigía afecto y amor absoluto”.

La madre, tras el nacimiento de su hermana pequeña había enfermado del corazón y tenía una delicada salud. Describió a su madre, como:

“...Mi madre era una persona obsesionada de la limpieza, del orden y una persona con falta de cariño por parte de mi padre”; “creo que intentaba llenar su falta de cariño a través de nosotras. Mi padre era una persona neutra, ni cariñoso ni atento...era...”

Podemos recoger a través de sus narrativas una descripción de la madre carente de cariño

y obsesionada por el mantenimiento y las tareas domésticas (correspondiente al perfil de feminidad vigente). En la obra de Freud (1905) Análisis fragmentario de una histeria, el caso de Dora, la madre de Dora fue descrita como poco inteligente e ilustrada, quien había concentrado todos sus intereses al gobierno del hogar, quedando diagnosticada como padeciendo “la psicosis de la ama de casa”, por cuanto su dedicación en hacer limpiar y mantener limpios los muebles y utensilios de la vivienda. Levinton (2004) planteó más allá del análisis de Freud la posibilidad que quizás la madre de Dora se refugiara en la limpieza obsesiva de la casa como alternativa frente a la enfermedad y la falta de atención por parte de su marido y los conflictos con su hija.

Podemos encontrar una similitud entre la madre de Dora y la madre de Bárbara, así como, entre muchos casos de mujeres que sufren fibromialgia que invierten mucha energía en el perfeccionismo en relación al cuidado, mantenimiento, limpieza, orden, etc.

Ante las continuas quejas de la madre por tener la casa “perfecta”, ella asumió responsabilidades como ejercer trabajos físicos muy fuertes (abrillantar suelos, cristales, limpieza de la casa, apoyar a su madre...), no propias para la edad que tenía, y en la libre asociación de ideas, recordó su primer dolor muscular a la edad de siete años. Según Gómez, (2007); Rodríguez, (2004); Demeecker, (2007); Beck, (1981) la angustia y la hostilidad crónica inhibida podría estar en la base de formaciones traumáticas infantiles como posibles desencadenantes en la formación del síndrome de la fibromialgia. Barrera, Francisco, Guerrero, Aguirre, (2005) en una investigación de análisis cuali-cuantitativo, fundamentaron en la recogida de la metodología narrativa de su estudio, información relevante sobre el historial de infancia en las mujeres con dicho síndrome, marcado por el sufrimiento y por asumir un rol adulto desde edades muy tempranas. Así como, podríamos relacionar el malestar experimentado en el taller anterior por las técnicas del acrílico y acuarelas (técnicas caracterizadas por la composición del agua y abrir una reflexión a modo de hipótesis, entre la asociación del agua con el significado de “limpieza”, “pureza”), con la queja que la participante expresó con mayor frecuencia de la exigencia de su madre hacia ella, de tenerlo todo limpio, con el desplazamiento (Klein, 1949) de hostilidad hacia las otras participantes donde se quejaba o reclamaba que la mesa, los botes, etc., no estaba lo suficientemente “limpios y ordenados”. Klein, (1923) planteaba como la relación madre-hija prefigura los modos de intrincación pulsional al ser la primera relación en la que un sujeto comienza a ligar agresividad y libido. Así como, el concepto de desplazamiento de emociones en conflicto y la reactualización de las mismas desde el vínculo original, a otros tipos de relaciones en la vida adulta mediante la relación transferencial.

Podríamos recuperar nuevamente en el concepto Schaverien (1999), “scapegoat”, pero para analizar un aspecto diferente al anterior nombrado. Un sujeto podría encarnar “algo” como propio, pero que en realidad no le pertenece, procede de otras personas, que se ha desplazado una carga emocional y que el sujeto, finalmente lo integraría como propio. A modo de hipótesis, se podría reflexionar que quizás a lo largo de su experiencia vital, podría manifestarse estados subjetivos de subordinación y alienantes hacia “eso” que Otro depositó, y causar malestares en el estado emocional y en el caso de la paciente Bárbara se podría establecer una relación entre las carencias de la madre depositadas en ella, actuando como la “sombra” que podría actuar como factor de bloqueo.

Uno de los objetivos de ésta investigación acción es detectar y recoger información en relación a conflictos inconscientes y en relación también al uso del cuerpo como lugar donde se deposita y se evidencia, la somatización. Desde éstas premisas, se trataba de idear unas acciones basadas en el arte, que les permitiese a las pacientes confrontar con su tensión subjetiva en relación con los materiales de arte, el proceso creativo y la creación de imágenes, para posibilitar un espacio donde se pueda identificar, relacionar y reflexionar áreas de

malestares psíquicos, que le permitiese a través de la comprensión del dolor, de la toma de conciencia, una disminución del mismo, partiendo de la base de que tu salud mejora en la medida que sientas que puedes gestionar mejor tu propia vida. (Benjamin, 2014).

Hogan, y Malchiodi, (1997:49) decía que uno de los beneficios que puede ofrecer el arteterapia es *ofrecer un espacio para expresar, reaccionar ante determinadas emociones, construir y reconstruir las historias y las experiencias vitales*. Para ello, siempre les pregunto a las participantes como podrían asociar y relacionar lo acontecido en los talleres y que significado creían que podrían tener en su vida actual y con su malestar.

En el taller titulado “vitalidad y fuerza”, el proceso se caracterizó por dedicarle la mayor parte del tiempo en mezclar los colores antes de iniciar el acto de pintar, como si hubiese emprendido una lucha con los pigmentos y se pelease con ellos hasta lograr la mezcla deseada. Después realizó la tarea de una manera agitada, convulsa, con fuerza, estrepitosamente. Parece que la liberación de la energía provocada por la técnica le permitió adentrarse en una riqueza de su mundo interior. A través de la imagen hablaba de necesidades personales en relación al otro, y cómo esas necesidades influían directamente en la intensidad del dolor físico. El arteterapia le proporcionó un entorno, en el que ella fue capaz de expresar elementos de agresión durante el proceso creativo, así como expresar necesidades, vulnerabilidades y pudo exponerlas al grupo de una manera abierta.

A partir de este taller empezó a pintar en su casa por cuenta propia. En varias ocasiones mencionó:

“cuando estoy en casa, en el sofá me pongo a pintar, me relaja, me da tranquilidad, paz interior y no siento el dolor en el cuerpo”.



Imagen 14 “Cuerpo y Mente”.

Se trabajó con una variedad de materiales, acrílicos, pinturas de manos, óleos, agua, papel

higiénico, purpurinas, música, papel continuo, cartulinas, papel de seda. En esta obra, se repitieron los mismos temas y colores que en obras anteriores, donde asociaba colores con emociones, tal como: verde-esperanza; amarillo-amistad; rojo-emociones; morado/violeta, antes significaba lo relacionado a la mujer, feminismo, ahora, representaba el dolor. Hablando de los colores tomó conciencia de un ejemplo que ella había contado en otro taller acerca de la percepción del dolor, citó:

“Hay días muy malos que sentía el cielo en la cabeza”.

La imagen le devolvía un reflejo de esa expresión, a través del color azul-cielo, un cielo que le aplastaba la cabeza. También, reflexionó acerca del color morado que representa el dolor, dicho color estaba representado en partes del cuerpo específicas que creía haberlo hecho al azar y sin embargo, estaban representados en los puntos donde actualmente son de mayor intensidad. Dedicó la parte final del taller a observar detenidamente su obra, y poco a poco iba adquiriendo conocimientos sobre la relación de dolor a causa de una separación entre las emociones y la mente. El color rojo, lo denominó como la intensidad emocional, y ella expresó mediante la imagen, las dificultades que encontraba en poder pensar las emociones. Citó:

“Yo observo que otras personas sufren menos que yo, soy muy impulsiva y emocional”.

La imposibilidad de una elaboración consciente de las emociones, no supone una eliminación de ellas, sino que por lo contrario, el cuerpo, se podría convertir en un contenedor de ellas y a través del dolor, podría estar revelando las huellas del mismo.

Para la paciente fue una sorpresa, asociar tantos elementos de la obra con aspectos emocionales propios y sentir una identificación en la imagen. Podríamos observar, que mediante el arteterapia, la paciente pudo encontrar nuevas maneras de comunicar, a través del lenguaje del arte y con el apoyo emocional de la arteterapeuta, pudo verse a ella misma, simultáneamente, como creadora y persona que aprende. Ello le permitió adquirir habilidades, conocimientos sobre sí misma y su mundo. Ese apoyo emocional ha sido denominado por Kramer (1979) como la “alianza terapéutica”, para caracterizar la relación entre paciente y arteterapeuta. En este taller el alivio de dolor fue considerablemente alto, dato expresado por la paciente al final del mismo.

TERCERA FASE: ARTE COMO ACOMPAÑAMIENTO PARA LA SEPARACIÓN
SUBJETIVA

Adentrándonos en la parte final del proceso arteterapéutico, las propuestas de trabajo fueron especialmente simbólicas. En el siguiente taller, se trabajó con la consigna del cuerpo.

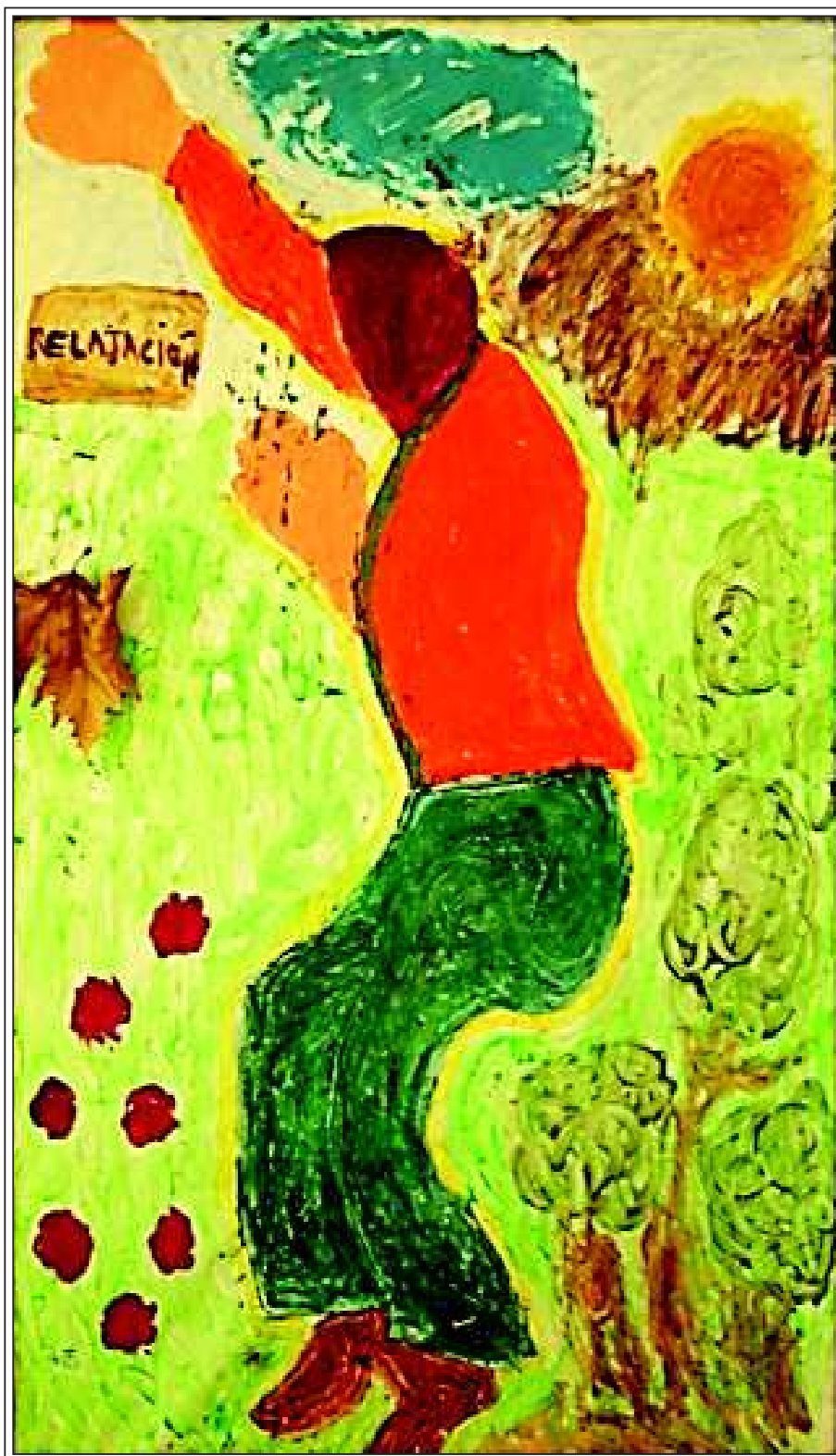


Imagen 15 Cuerpo I



Imagen 16, el cuerpo II

Una compañera pintó el límite del cuerpo de otra compañera. La persona a quien se pintaba se tumbaba en el suelo, encima de un papel continuo y escogía libremente la postura. Este proceso se fue haciendo para cada una de las pacientes. La propuesta específica era que trabajasen el cuerpo tanto por dentro como por fuera. En el desarrollo creativo del trabajo interno del cuerpo, la paciente manifestó una expresión de relajación, tranquilidad, concentración a la tarea de trabajo, conectada en el "aquí y ahora" que aconteciese, disfrutando de su proceso, y en un momento determinado, empezó a pintar un límite grueso a lo largo de todo el cuerpo.

Observar la creación de ese "límite" desde la postura serena que había representado y que se había observado en su proceso creativo, nos permitiría pensar, en el concepto de la "ambivalencia" que normalmente acompañaba en fragmentos de la vida de la paciente. Recoger una sugerencia de una paz externa y al mismo tiempo, una actitud interior con cierta dificultad, resistencia, límites, agitación, pesadez en la cabeza y soledad que surgió a través de su enfermedad.

He de mencionar que el proceso de pintar la parte exterior del cuerpo fue antagónico a la parte interior. Cuando pintó la parte exterior, el proceso estuvo especialmente marcado por un estilo agitado, convulso, escogió libremente pintar con las manos (técnica que rechazaba), nerviosa, llegó a hacerse finalmente daño en el brazo.

A raíz de estos talleres, la autora abrió un dialogo interno, una reflexión en torno a ¿por qué otras personas no sufren los conflictos emocionales en el cuerpo y porque yo sí somatizo?. Preguntas en torno a la gestión de las emociones y en torno a ¿en qué lugar me posiciono yo y en qué lugar se posicionan los otros y en qué lugar me posicionan? Estos interrogantes surgieron por parte de la paciente, cuando ella reflexionaba sobre lo experimentado durante el proceso creativo del cuerpo interior, y lo relacionaba a cómo se encontraba ella cuando estaba consigo misma, que sí podía estar tranquila. Reflexionó sobre lo vivenciado durante el proceso creativo del cuerpo exterior, y lo relacionó con las relaciones familiares, las relaciones sociales, y cómo las mismas, le conducían a discusiones sobre dificultades en torno al establecimiento de los límites, en función de cómo pensaba ella y cómo pensaban los otros y esa imposibilidad de llegar a acuerdos, le conducía a estados emocionales negativos que al mismo tiempo, le afectaba en la intensidad del dolor corporal.

Desde un enfoque psicossomático, Dennecker (2007) decía que existe un círculo vicioso entre acción, emoción y tensión muscular. Se podría reflexionar en la posibilidad de desencadenamiento por factores ambientales y psicogenéticos, que podrían hacer conectar con conflictos inconscientes y dicho círculo vicioso, podría posicionar al sujeto en una subjetividad pasiva con respecto a su enfermedad.

Así, uno de los efectos terapéuticos del arteterapia, desde el inicio de los talleres, ha sido la creación de imágenes, que permitiese a la paciente conectar con el material reprimido, con el cuerpo somatizado, y darle un espacio en el “aquí y ahora” del taller que le ayudase a desarrollar un rol activo, y adquirir progresivamente una mayor conciencia de la relación entre el dolor físico y ciertos acontecimientos específicos exteriores. Mediante el arteterapia, se ofrece un espacio para “pensar” en el cuerpo, en el dolor y posibilitar mediante la “actuación a través del arte” una estrategia expresivas alternativas a la somatización.

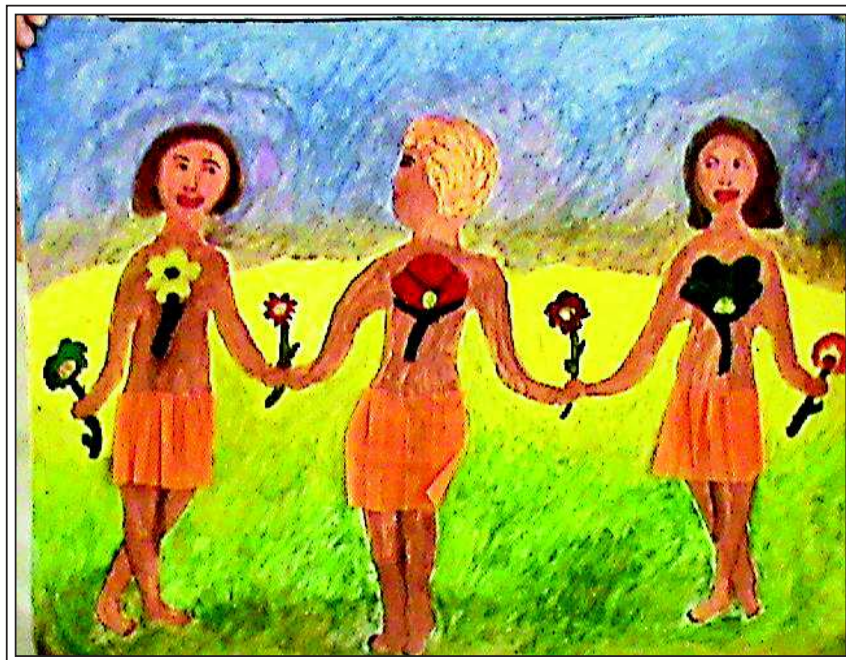


Imagen 17 “Juntas podemos vivir la vida”.



Imagen 18 "La mujer hermita".



Imagen 19 "Meditación"

Las obras de las imágenes "*Juntas podemos vivir la vida*", "*Mujer Hermita*", y "*Meditación*" estaban marcadas por la creación de imágenes cuyos valores estéticos manifestaron unas

características más integradas, equilibradas y unificadas. La paciente volvía a traer la representación de diferentes emociones que durante los talleres anteriores aparecieron de manera repetida, fragmentada, pudiendo observar ahora una evolución de las mismas. A lo largo de los talleres la paciente acentuó el interés por aprender cuestiones técnicas y deseos de recibir críticas objetivas de su trabajo. La relación terapéutica fue definida por el proceso de arte, el lenguaje del arte se convirtió en el estímulo para el contenido de la comunicación verbal. Y otro fenómeno a destacar de los efectos de la creatividad artística en ésta paciente ha sido la posibilidad de recibir "gratificación narcisista". Se trata de un término descrito por Naumburg (1966), como el acto creativo por el cual una persona es capaz de experimentar el reconocimiento y la competencia no vinculado al conflicto o perturbación interior. El hecho de no envidiar a otros y trabajar para sí mismos y expresar deseos abiertamente es una tarea difícil para muchos sujetos con características psicosomáticas.

La paciente sintió un gran orgullo y satisfacción de esta obra y decidió regalarlo al centro y lo colgó en el lugar más visible de la asociación para que todo el mundo pudiese contemplar su trabajo en los talleres de arteterapia. Por otro lado, como apunta (Omenat, 2006: 228):

"...El regalo puede ser pensado para hacer perdurar el recuerdo del grupo de Arteterapia o lo que se dio en él. Puede haber la fantasía en estos grupos de corta duración, que una vez finalizado puede desaparecer también la experiencia de él. La obra personal trasciende al grupo y con el regalo deja constancia a otras usuarias del centro, de su presencia por él".

He de remarcar que la creación de las obras finales, tuvieron lugar desde la iniciativa por parte de la paciente, que en su tiempo de ocio, y a raíz de unos beneficios experimentados durante las sesiones de los talleres, decidió integrarlo en la cotidianidad de su vida. Su curiosidad por aprender la técnica fue incrementándose, y el motivo de pintar, fue tal y como ella citó:

"Me gusta jugar y explorar mi mundo interior".

Winnicott (1985:52) postuló un espacio por el cual poder jugar y en este espacio potencial ubica la relación entre el cuerpo y la mente, conectando el mundo interior con la realidad externa: *"Jugar es una expresión y premisa para la salud, conduce a las relaciones del grupo social y es una forma de comunicación".*

En la imagen "Mujer Hermita" y la imagen "Meditación", me parecían en primer lugar de un valor notable en la medida en que la paciente, creaba una imagen, en la cual, se repetían una serie de elementos anteriores, entre ellos los colores azul y rojo, a los cuales, en el pasado, les asignó un significado emocional y ahora, los representaba, desde una estética más integrada. En la imagen "Mujer Hermita", el azul se degrada por toda la composición, y en la imagen "Meditando", ese "azul" que aparecía como un *peso o imposición sobre su cabeza*, -descrito con estas palabras por la participante en talleres anteriores-, ahora podría ser desplazado en el ojo, al que ella, desde otra posición, miraría de frente. Desde mi punto de vista, estas imágenes son marcadamente corporeizadas y nos podría acercar al pensamiento del concepto de duelo, y pensar también en la posibilidad de cómo la paciente, a través de la creación y observación de sus propias obras, ha podido reflexionar sobre ciertas dificultades subjetivas relacionadas a significantes "alienantes" y crear nuevas imágenes que tanto en la obra como ella como creadora, ha podido expresarlas desde una posición más "separada".

Tabla: Resumen de las palabras más significativas del análisis

Necesidad; deseos; madre; dificultades; imitación; perfeccionismo; evitación; expectativas; resistencia; rigidez; simetría; estatismo; búsqueda del orden; inmovilidad; hostilidad reprimida; agresividad; malestar; castigo; confrontación; conflicto; identificación; obsesión; peso; separación cuerpo-mente; alivio del dolor; cuerpo exterior, infancia; hiper exigencia; madre; insight; integración; equilibrio; unificación; estrés; chivo expiatorio; orden; limpieza; mandato; queja; carencia afectiva madre; padre neutro; hermana con fibromialgia; pesadilla; autoritarismo; imposición; cabeza; separación; tensión; somatización; bloqueo; sufrimiento; permeabilidad entre los colores/elementos/fondo; identidad carencial; hipervigilancia; inseguridad; control; fibromialgia; imprevisibilidad; amoldamiento; huida; reconocimiento; aceptación; invisible; amor; culpa; enfado; exigencia; angustia; trauma; reflejo; rigidez; simetría; estatismo; enfermedad; círculo vicioso; tensión muscular; límite; ambivalencia; pesadez; agitación interna; impulsiva; rojo (intensidad emocional); morado (dolor); azul-cielo (aplastamiento cabeza); pintar (relajación/tranquilidad/no sentir dolor); necesidad; vulnerabilidad; fuerza.

Tabla que relaciona las palabras claves extraídas del NVivo 10 con las categorías que se han analizado oportunamente:

Categorías	Palabras clave
Construcción del apego	Necesidad; dificultades; hostilidad reprimida; agresividad; confrontación; conflicto; identificación; separación cuerpo-mente; infancia; madre; carencia afectiva madre; padre neutro; hermana con fibromialgia; autoritarismo; imposición; amor; culpa; ambivalencia
Mecanismo de defensa	Evitación; resistencia; acción derivada de la evitación: hipervigilancia
Somatización	Malestar; estrés; cabeza; separación; tensión; angustia; ansiedad; bloqueo; sufrimiento; fibromialgia; enfermedad; círculo vicioso; tensión muscular; límite; pesadez; hipervigilancia
Construcción de la identidad	Necesidad; aceptación; deseos; perfeccionismo; expectativas; obsesión; orden; limpieza; queja; carencia afectiva madre; carencial; inseguridad; control; invisible; exigencia; enfado; trauma; reflejo; agitación interna; impulsiva; agitación interna; vulnerabilidad; fuerza
Sesgo de género	Aceptación; castigo; hiper exigencia; mandato; reconocimiento; invisible
Simbolización plástica del conflicto	Imitación; rigidez; simetría; estatismo; búsqueda del orden; inmovilidad; peso; alivio del dolor; cuerpo exterior; insight; integración; equilibrio; unificación; chivo expiatorio; pesadilla; permeabilidad entre los colores/elementos/fondo; imprevisibilidad; amoldamiento; huida; rigidez; simetría; estatismo; rojo (intensidad emocional); morado (dolor); azul-cielo (aplastamiento cabeza); pintar (relajación/tranquilidad/no sentir dolor); necesidad

7.4.3 Conclusiones del estudio de caso B (Bárbara), segunda fase de la Investigación-Acción:

Objetivos específicos de la 1º fase de intervención	Conclusiones específicas de la 1º fase de intervención
<p>Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.</p>	<p>Dichas creaciones podría representar la evolución del proceso como posibilidad de transferir la tensión subjetiva, aspectos en conflicto en las obras creadas y la posibilidad de crear nuevas obras internas donde ha construido desde la expresión artísticas nuevos recursos que le han permitido posicionarse en un lugar con menor alienación a sus objetos internos y por lo tanto, le ha permitido explorarse a sí misma desde una posición más separada, autónoma y cercana a sus necesidades.</p> <p>A lo largo de su proceso se permitió tomar riesgos para experimentar e ir más allá de las resistencias y explorar su mundo interior y fantasías. El juego, le permitió conectarse a algo saludable que la misma participante identificó y le derivó a extrapolarlo fuera de los talleres, por los beneficios en torno al alivio de dolor experimentado.</p>
<p>Posibilitar la reestructuración interiorizada de la imagen corporal dolorida.</p>	<p>A través de la obra del cuerpo interno y externo asoció la parte exterior del cuerpo (el límite que rodea al cuerpo) con los problemas que experimenta en las relaciones sociales, con los límites que ella siente internamente, con estados de malestar subjetivo y su posible relación con la intensidad del dolor corporal.</p> <p>A través de la asociación libre de ideas, le permitió identificar actitudes, emociones y conductas dentro del taller y relacionarlos con circunstancias vitales externas a dicho espacio y tomar conciencia de sus consecuencias en relación a la sintomatología del dolor. Todo ello, le ha permitido deconstruir narrativas fijadas y abrir nuevas posibilidades, construir otras narrativas.</p>

<p>Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.</p>	<p>Observamos un cambio de posición en relación a la activación de sentimientos negativos, malestar, tensión subjetiva en la relación inicial con el proceso creador (concretamente a la dificultad de no poder controlar los materiales, las técnicas y el proceso), a una progresiva disminución conforme avanzaban los talleres, hasta hacer uso del proceso creador como espacio para pensar lo psíquico, para la identificación, asociación, reflexión, y toma de conciencia de ciertas dificultades emocionales relacionadas a otras áreas de su vida.</p> <p>Mediante la observación de sus obras, ha podido identificar elementos estéticos y relacionarlos con estados de malestar. Establecer una distancia y un diálogo con la obra en el espacio del taller, le ha posibilitado trabajar conflictos inconscientes y simbolizarlos.</p>
<p>Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.</p>	<p>A través de la expresión artística ha podido expresar sus necesidades en relación a las relaciones sociales, familiares y ello le ha producido un alivio.</p> <p>Así mismo, ha podido identificar aspectos de su subjetividad en conflicto y resificarlos, como: el valor a los colores, su relación a las emociones, su relación a la somatización y cómo los mismos se han ido transformando conforme evolucionaba el taller.</p> <p>La participante, tanto en su diario artístico como en cuestionario rellenado a mitad de los talleres, como verbalmente, afirmaron haber experimentado alivio y beneficios en la sintomatología del dolor en el transcurso de los talleres de arteterapia.</p>

<p>Utilización de los talleres como medios para canalizar las emociones bloqueadas y de malestar en la subjetividad de las pacientes.</p>	<p>A través de la creación de las obras se ha podido recoger material que revelaba una posición subjetiva marcada por la identificación con su madre. Se ha podido recoger como las carencias de la madre han influido en el proceso de construcción de su identidad.</p> <p>Observamos un cambio en las dificultades iniciales en relación al proceso, el uso de la imitación de la obra de la compañera, entendiendo esa necesidad de imitación por miedo a no cumplir las expectativas propias y ajenas; como resistencia a conectar con sus propias emociones.</p> <p>A través de la acción creadora ha reforzado aspectos en torno al narcisismo, ha experimentado una mayor seguridad, satisfacción y orgullo de sí misma. Conforme evolucionaron los talleres se incrementaron sus deseos de aprender la técnica para poder expresar mejor sus ideas y dicho interés partió, tal y como comunico desde su deseo de explorar su mundo interior.</p>
<p>Conectar y escuchar al cuerpo de una manera diferente al dolor, mediante la expresión artística.</p>	<p>A través de la observación de la imagen 3 (cuerpo y mente) ha podido identificar y relacionar áreas de dolor físicas con áreas de dolor emocional, tomar conciencia de la separación entre ambas instancias y experimentar una disminución del dolor físico de ese taller tras la toma de conciencia.</p>

<p>Orientar el uso del arte en su capacidad para presentar de manera organizada aspectos parciales de la propia subjetividad</p>	<p>A través de los talleres ha podido potenciar la capacidad de reflexión, introspección, diálogo interno en relación a su malestar y cuestionarse su papel y función en la activación del malestar en su relaciones sociales y la incidencia en el dolor corporal.</p> <p>La participante, a través de su trabajo en los talleres de arteterapia, ha podido relacionar aspectos del síndrome que afectaban directamente al dolor en el cuerpo, ha podido detectar conflictos subjetivos vividos con sufrimiento interior y ha reflexionado, sobre los procesos creativos en relación a su malestar y por consiguiente, ha podido ampliar su posición subjetiva.</p> <p>La creación de imágenes le permitió desarrollar un rol activo, adquirir mayor conciencia de la relación del dolor físico con el dolor emocional.</p>
<p>Construir otras vías de comunicación con uno mismo y los otros, alternativas a la palabra.</p>	<p>Ha podido construir nuevas formas de comunicación a través de la expresión artística mediante el reconocimiento, identificación de ella misma en la obra creada y la toma de conciencia de aspectos inconsciente.</p> <p>El grupo de arteterapia, le permitió mejorar las relaciones sociales, reconocer ciertas características propias de la fibromialgia y contrastarlas con otra participante que no tenía la misma enfermedad y una perspectiva diferente a la suya sobre la causalidad de la misma, y progresivamente la relación entre ambas fue mejorando, y le permitió aceptar nuevas ideas en torno a núcleos de sufrimiento relacionados al síndrome.</p>

7.4.4. ANÁLISIS REFLEXIVO DEL ESTUDIO DE CASO C (Carolina) (Segunda fase de la Investigación Acción): "...Me faltó el Cuerpo a Cuerpo... esto es mi Dolor camuflado...".

Descripción fenomenológica del estudio de caso C (Carolina): (ver anexo 5).

Temas principales:

Dualidad en el discurso, contradicción entre el discurso verbal y la obra. Mecanismo de idealización para referir a la mirada (luz, eternidad, transcendencia) en oposición al malestar y tensión de la obra. Ante la falta hace uso de la idealización como mecanismo para cubrir, llenar dicha falta.

La mirada como la falta, no ser vista, investida por los objetos internos.

Metáfora de la máscara: dualidad en la identidad.

Distorsión en la percepción de las relaciones sociales: desplazamiento del conflicto en las relaciones con los otros.

Mandatos superyoicos en relación al cuidado y el reconocimiento. (Sesgo de género).

Relación con la madre marcada por la hostilidad, rabia, odio, culpa y sentimientos de ambivalencia. (Sesgos de género).

La culpa como dificultad para acceder a su mundo emocional, a pensarse desde sus propias necesidades. (Sesgo de género).

Efectos traumáticos que marcan una posición circular, de repetición al dolor original, mediante el bloqueo emocional evita parte del sufrimiento y mediante la somatización evita situaciones que le coloquen en el dolor.

Construcción carencial de la identidad.

Relación de las dificultades con la técnica del acrílico con malestar biográfico (dificultades experimentadas de hacerse cargo de sí misma a edades muy tempranas, percepción interna de indefensión, hipervigilancia).

Aumento de la conciencia de la relación de lo somático con su historia familiar y nuevas posibilidades de apertura para la reelaboración del material, de una manera alternativa a la somatización. (Salida creativa al sufrimiento).

Cambio en las producciones estéticas desde características marcadas por el hieratismo, compactidad, rigidez a otras con los límites discontinuos, corporeizadas, mayor figuración y permeabilidad.

PRIMERA FASE: LA MIRADA

Carolina creó la imagen denominada "La mirada desde la falta" "La máscara" y una vez finalizada cuando observó su obra dijo:

"Si no fuese por la tinta lo vería mejor..."

Podemos percibir una cierta tensión en la cara.

El significado que ella le atribuyó a los ojos fue: luz, vida, eternidad, trascendencia, comunicación. Se podría pensar en una contradicción entre el objeto resultante, el proceso y el discurso. Durante el proceso se percibió una tensión y cierta dificultad al no poder controlar la técnica; dicha tensión se pudo recoger en la estética de la imagen, mientras que en el turno de palabra hizo uso de la idealización para describir la mirada.

Al mismo tiempo, cuando ella observó la imagen, manifestó un rechazo hacia los ojos, y se recoge en este texto como algo relevante por el simple hecho de expresar su rechazo por ese elemento específico. Podríamos pensar esta imagen desde el enfoque psicodinámico¹, como un reflejo de la importancia de la mirada. La mirada que no tuvo, pensándolo desde "la falta".



Carolina. Imagen 20

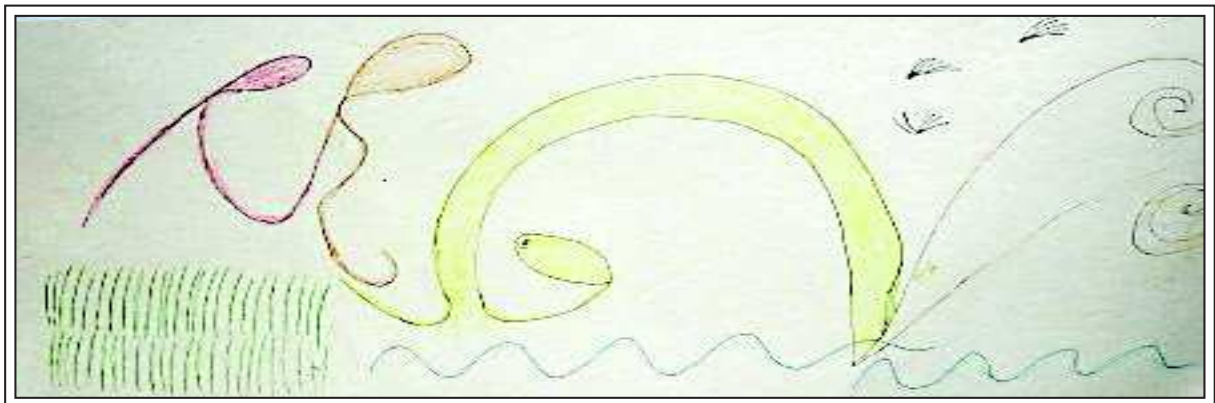
¹ Desde este enfoque, la negación de un elemento podría ser interpretado con la incidencia del mismo en la psique pero que la usuaria trataba de mantener fuera de la conciencia. Dado que ella rechazó la mirada, y la importancia del simbolismo en la mirada para investir al sujeto, se abrió la reflexión en este texto, sobre el rechazo de la mirada que ella nombró en la obra, como el señalamiento donde hay una falta, o carencia que actúa a modo de conflicto interno.

En la imagen 2, "El regalo" hecha por Carolina, nuevamente, ella dijo que ese elemento era un ojo y expresó su rechazo hacia el mismo, dentro de la imagen. Este elemento se podría observar que está como "desubicado" o fuera del "aparente orden" de la estética. A partir de esta imagen, empezó a evocar recuerdos y a compartir narrativas autobiográficas. Citó:

"...Al usar la pluma recordé mi etapa infantil en que veía utilizar ese mismo material y tintero a mi abuela y después, la etapa en que yo empecé a utilizarla" "...Mi padre me regaló una pluma Parker, que la usé mucho en la etapa del bachillerato y que aún tengo el recuerdo que tener una Parker era un lujo, y que te durase mucho tiempo sin estropear era mi mérito y éxito que yo estaba empeñada en conseguir..."

"...Es curioso que mi padre me regaló la pluma pero no recuerdo el momento exacto en que la dio, ni el comentario que hizo al dármela, aunque tengo una sensación vaga que me acerca a ese momento".

Me parecía relevante, la valoración de éxito o fracaso en relación al "cuidado" de un objeto regalado y de "cumplir un mandato o una tarea", en relación a ese cuidado del objeto regalado por el padre, para conseguir, así mismo, su reconocimiento. La pluma, podría ser un símbolo paterno, y un objeto de resonancia, regalo valorado por su padre. Decidió cuidarlo y cumplir muy bien esa tarea y desarrolló unas estrategias para conservar ese don.



Carolina. Imagen 21

SEGUNDA FASE: AMBIVALENCIAS

En esta fase la participante se permite a sí misma a realizar cosas a través de los materiales con un mayor riesgo y pérdida del control. Acciones pequeñas como mezclar colores, romper límites y generar nuevos efectos a nivel plástico le posibilitará una mayor acceso de autoconocimiento y conexión con sus emociones, produciéndose una liberación de las mismas.

En un taller posterior, denominado "ambivalencias", se trabajó con la propuesta del sueño y narró el siguiente sueño:

"...Mi padre aparecía en mi lugar de trabajo y yo estaba a su lado. Siento una gran complicidad, y una felicidad al tener a mi padre cerca, me siento mirada, reconocida, como que él acepta mi vida. De repente aparece mi madre, sin saber por qué, aparece andando, pasándonos entre nosotros, con cierta distancia y

también acepta lo que hay entre mi padre y yo. No sé cómo definir eso que hay entre nosotros”.

Se puede recoger una idealización hacia la figura del padre.

Sin embargo, en el taller siguiente, de las imágenes 3 y 4 “Frutero” y “Formas” dijo:

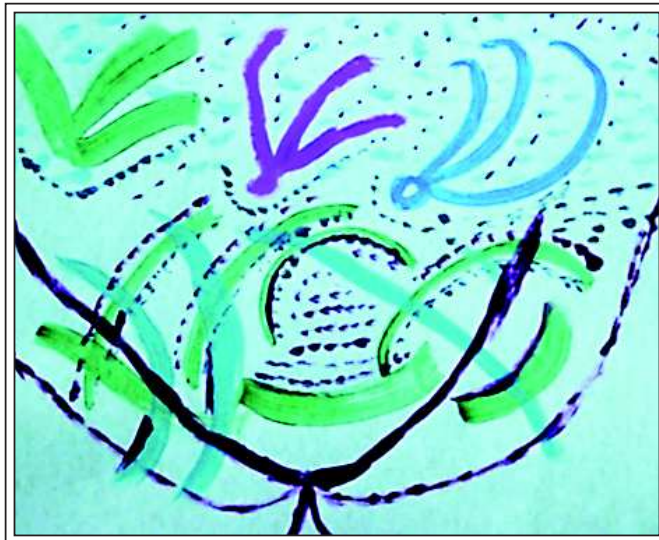
“...Siendo ya adulta tomé conciencia que la relación con mi madre, no había sido tan buena como esperaba. Me ha faltado el cariño, cercanía a nivel corporal, me ha faltado el cuerpo, besos, atenciones...mi madre era poco cariñosa. Yo he recibido lo que me faltaba de mi madre por mi padre. Mi padre, era una persona autoritaria y de ideas fijas...una vez que tomaba una decisión ya no cambiaba de opinión”.

Se podría recoger, una ambivalencia hacia el padre. Por un lado, lo citó como la persona que cubrió “la falta” de la madre, pero por otro lado, la descripción que hizo de él, parecía que tampoco “la miraba”, ni “la reconocía”, donde el vínculo de relación era desde una posición de subordinación, de inhibición y donde debía de cumplir el mandato del otro para ser querida y reconocida. Hacia la madre, se podría pensar en un sentimiento de hostilidad reprimida. Quizás a modo de reflexión, ante la “falta” de la madre, podría haber encontrado un aliado en el padre, y ello, le permitió triangular, le permitió fantasear el Edipo (aunque el padre sea autoritario, le ha permitido no enfermar más). Fantasear el Edipo es estructurante porque permite acceder al orden simbólico de la ley. El Edipo permite atravesar la psicosis y estructurarse como neurótico.

En la obra del “Frutero”, aparecía una mancha roja, en la parte de arriba, y nuevamente hizo alusión de rechazo hacia ese elemento. La obra la definió como:

“es un frutero que contiene algo, contener eso es seguro”.

En la obra “Formas”, respondió a un juego de experimentar con los colores y observar que sucedía. Lo definió como: “dos muñecos y una base”. Experimentó una sensación de bienestar, libertad al mezclar los colores. Se apreciaría unas características estéticas diferentes hasta lo que ahora ha ido creando.



Carolina. Imagen 22



Carolina. Imagen 23

En la imagen 4: "Infancia", citó:

"...Una madre y una hija. La madre es el símbolo del control, aunque no recuerdo haber recibido control por mi madre, pero sí he controlado mucho a mis hijos". "...Me ha gustado mucho hacerla" "...Tuve grandes dificultades para hacer la niña, no sabía qué sexo ponerla, iba a ser niño y sin saber por qué me salió una niña- La cara me costó mucho hacerla...tuve problema técnicos para resolver su sexo y la forma de la postura sentada..."

"Me identifico como hija y como madre en dos momentos de mi vida diferentes; como hija, no recuerdo haberme sentido controlada por mi madre, pero sí me identifico sentada en el banco".

Tras ello, también dijo haber experimentado mucho malestar por la técnica, le resultó muy difícil usarla como ella quería.

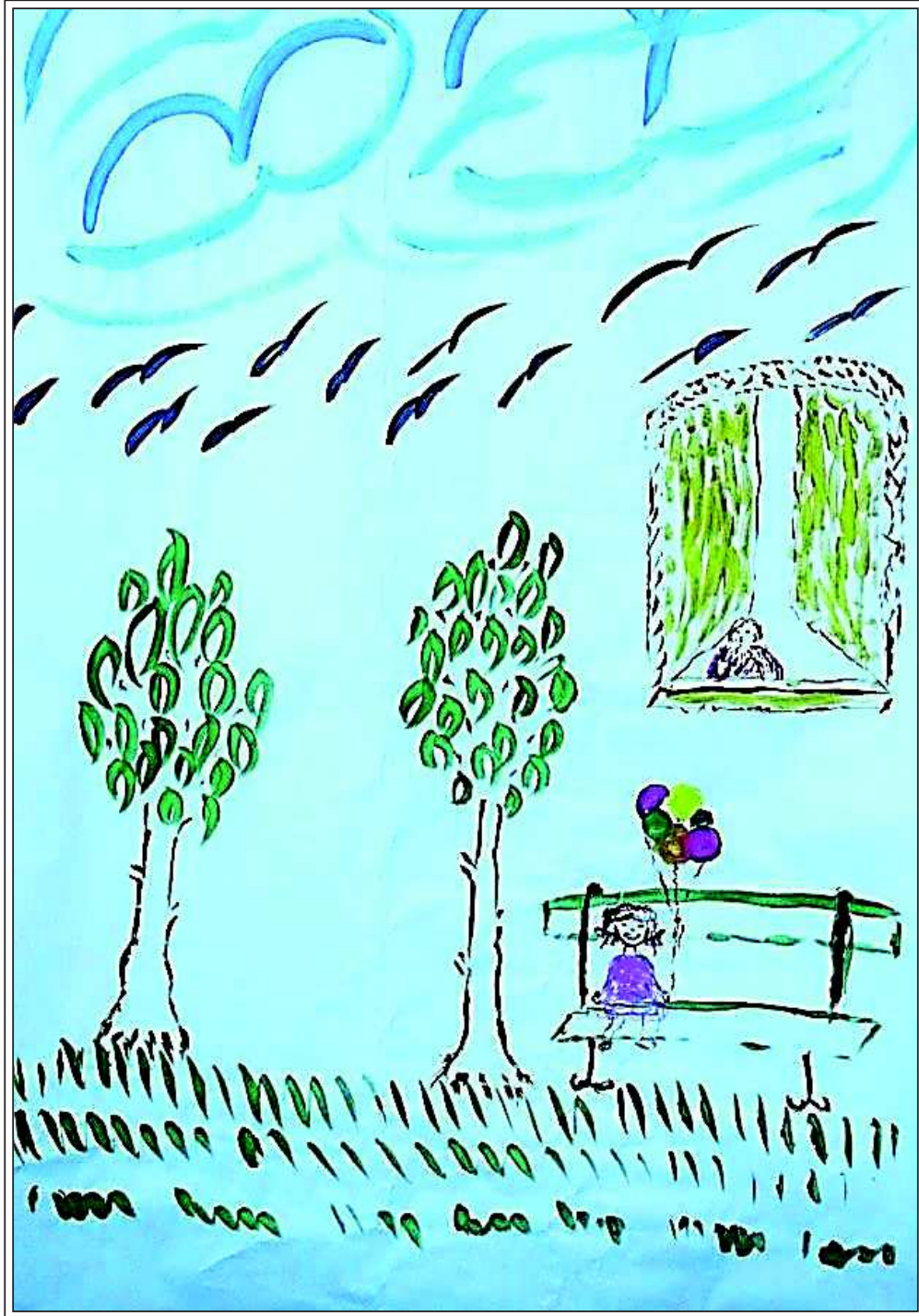
Desde sus narrativas se pudo recoger una gran ambivalencia a la figura de la madre. Desde la identificación que ella nombró como madre y como hija, podríamos pensar en ella, que en edades tempranas ha tenido que hacerse cargo del cuidado de sí misma. Esa identificación, como hacer las funciones de madre para ella misma, ante la ausencia de la madre real nos podría permitir pensar en una percepción interna de indefensión.

En la asociación libre de la palabra citó:

"Me siento no haber sido querida por mi madre y cuando intentó repararlo, no le permití hacerlo y la rechacé".

Menéndez (2009:16) dijo:

“El arteterapia hace más consciente las carencias (y ambivalencias) emocionales, estimula la simbolización y proporciona un encuentro para la reflexión, el diálogo y la expresión a niveles muy profundos y significativos, poniéndolos en relación con sus propias biografías...y huellas mnémicas”.



Carolina. Imagen 24.

En la imagen 5: *“Negociando límites”*, Bárbara y Carolina tenían que ponerse de acuerdo con ciertos espacios y otros se lo repartían y lo trabajan de manera individual. Por parte de

Bárbara, hubo conductas “controladoras”, organizó todo el trabajo, la dirigió, cambió los planes sin preguntarle. Carolina, cedió en todo momento, aunque sintió tensión durante el proceso ante el comportamiento de Bárbara. En la asociación libre de la palabra, Carolina asoció las sensaciones experimentadas durante el proceso y el trabajo con la compañera con las dificultades personales que vivía con su marido. Lo definió como una persona autoritaria, que una vez que tomaba una decisión ya no la cambiaba y que no había posibilidad de acuerdos. Observamos que podría encontrar en la figura de su pareja, las mismas características descritas en su padre. Podríamos pensar como ante la ausencia del vínculo materno el vínculo aceptante, fue lo que le hizo vincularse con el padre y repetir esa misma escena con un hombre que al final se parecía al padre, en cuanto al vínculo que tenía con el padre. La repetición impide progresar, y parece repetir el trauma en la vida cotidiana.

Al final del taller, narró que siempre acaba cediendo a los mandatos de su pareja. Ceder conlleva a una inhibición y renuncia del yo, y todo ello, genera una carga energética que ha de someter, y reprimir, y que se podrá manifestar de diferentes maneras a través del cuerpo.



Carolina. Imagen 25

En el taller que llevaba como título la obra “La novedad”, se observó un cambio en la

estética y en el proceso. Ahora, se permitió jugar, dejarse llevar, mancharse con las manos y disfrutar con ello. La paciente Bárbara y Carolina hablaron durante el proceso y una de las citas que me llamó especialmente la atención fueron las siguientes:

Carolina: *"Siento calor, lo sensible que somos nosotras al calor, al frío..."*

Bárbara: *"Sí, eso es verdad, nunca estamos en un punto intermedio"*.

Esta cita me permitía pensarlo en referencia a narrativas que han surgido tras la creación de imágenes, que les ha derivado a ellas mismas, reflexionar sobre la dificultades que tenían en su vida actual, de poder establecer límites y llegar a acuerdos, entre cómo perciben ellas las cosas y cómo lo perciben los otros y que dicha imposibilidad de ponerse de acuerdo, especialmente con las personas más allegadas y amadas, como: la pareja, hijos/as, la familia... les afectaba directamente en la sintomatología del dolor. Por ejemplo Carolina dijo:

"Si yo le digo a mi marido que si lleva eso en el bolsillo no le hace bien y yo lo sé mejor que él y al final él lo hace... son pequeñas cosas que producen que saltemos y se van creando barreras que se acumulan y afectan en la comunicación y en la convivencia".

Y la dificultad para llegar a acuerdo también se materializó en el mismo taller, cuando las tres pacientes reflexionaron sobre la causalidad de la fibromialgia:

Carolina, dijo:

"proviene por un problema de estrés y también, que nacemos con un gen especial para saber qué es lo que otras personas necesitan, sin embargo, ellos no se dan cuenta; si yo estoy segura y sé lo que necesita pero la otra persona no lo quiere aceptar es cuando viene el problema..."

Es significativo que la participante creyese que ha nacido con un gen especial, al inicio lo refirió como una característica propia, pero después hizo una generalización y lo extrapoló al grupo de personas que sufría el síndrome de la fibromialgia, entendiendo que ese grupo son genéticamente y subjetivamente de unas características "superiores" en ese poder ver y saber lo que el otro necesita. Esta percepción que manifestó nos podría permitir pensar en una posible desviación cognitiva, en donde ella se situaba desde una posición de víctima encubierto con una falsa seguridad, para justificar de tal modo, la tensión que genera el desencuentro con el otro, la diferencia, lo ajeno a lo propio que le causaría un malestar ante la falta de control.

TERCERA FASE: MI DOLOR CAMUFLADO

En esta fase se caracteriza por una toma de conciencia de la relación entre fibromialgia y psicopatología. La participante puede enunciar la relación que existe entre ciertas emociones, dificultades, repeticiones con la sintomatología corporal. El aumento de autoconocimiento de sí misma, le ha posibilitado extrapolar lo aprendido dentro del taller y aplicar los recursos construidos a nivel creativo en otras esferas de su vida, produciéndose una mayor tranquilidad y alivio tanto de su mundo emocional como físico.

"Mi dolor camuflado"



Imagen 26.

En la obra "Mi dolor camuflado", Carolina citó:

"Si estás en la cola del supermercado, bueno, yo nunca hago la compra, no puedo, pero si se tiene un percance con alguien, a los demás no le afecta después, pero a nosotras, a mí, esa tensión va directamente al músculo, al cuerpo y tarda días en diluirse".

Este taller se caracterizó por un proceso diferente a los anteriores, hablaba mucho en alto y se le percibía más nerviosa, en contraposición a otros, donde se mostraba tener todo bajo control y seguridad. Solía empezar la primera y ahora, se tomaba un tiempo antes de iniciar. En un momento dado, al mirar su obra dijo: *"Tengo ganas de llorar"*. Expresó su convencimiento en la relación directa que hay entre el *"dolor físico y lo emocional"*.

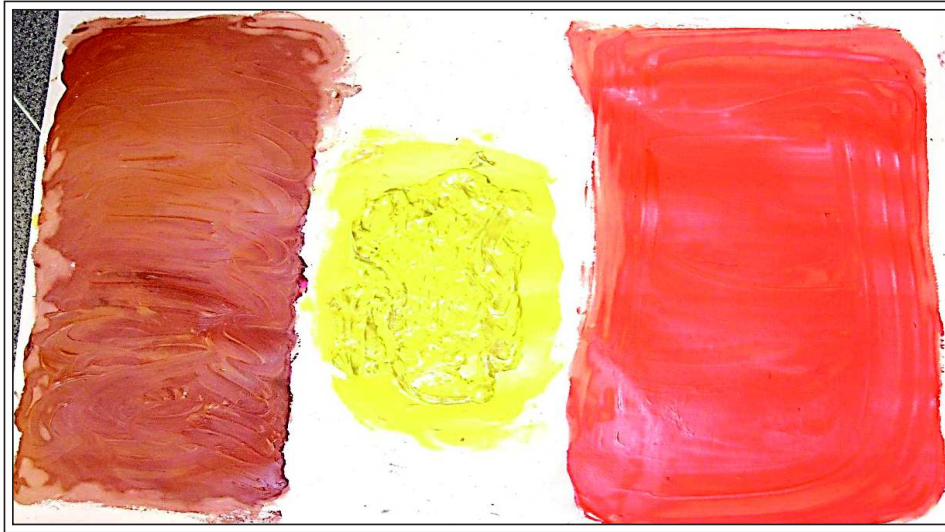
Winnicott, (1949 en Romano: 3) decía *"...una cosa debe recordarse con el trastorno psicossomático, y es que la parte física de la enfermedad vuelve a meter a la enfermedad psicológica en el cuerpo. Esto tiene particular importancia como defensa contra la fuga en lo puramente intelectual, es decir, la pérdida de la significación del psique-soma para el individuo..."*.

Es interesante prestarle atención a los límites que había entre las formas y los colores y cómo esos límites habían sido representados de una manera discontinúa. A través de la imagen, la paciente dijo reconocer "la encarnación de su dolor" y mediante la asociación libre de la palabra, asoció el "dolor encarnado" con formaciones psicossomáticas. Desde una revisión de las teorías winnicottianas, sostenían entendían que tanto desde el punto de vista biológico como psicoanalítico el síntoma no develado era siempre aquel en el que "algo" se desviaba de su curso simbólico para re-tornar al cuerpo, constituyéndose el cuerpo en el verdadero revelador de lo inconsciente.

En la imagen de "las pieles de la vida". Ella citó:

"Yo voy a meter la mano dentro porque esto ya no tiene remedio". "Me he desmoronado con la piel dolorida" quería representar los agujeros, los bultos... A la plastilina marrón, le di color amarillo, se llama

"Las pieles de la vida".



Carolina. Imagen 27.

En la piel experimentada citó:

"Es que no quiero meterle la mano ¿por qué será? La veo así perfecta, le tengo respeto, es como si quisiera dejarla con su sabiduría y no intervenir en ella". "La piel nueva me ha encantado, he disfrutado mucho". ¿y si la mezclo en el cartón los colores? Mira, que bonita la piel nueva..."

Reflexionó de cada una de las pieles, cuando pintó la piel dolorida, (la trabajó con las manos), se conectó a la emoción del dolor y dijo:

"Yo lo paso muy mal, me pongo a llorar, como en la obra de las piernas".

Se identificó con las tres pieles.

"Me he desmoronado con la piel dolorida. La experimentada no quería tocarla, le tengo respeto, es como si quisiera dejarla con su sabiduría y no intervenir en ella". "En la piel dolorida, quería representar los agujeros, los bultos...A la plastilina marrón, le di color amarillo, se llama "Dolor camuflado". "La piel nueva me ha encantado, he disfrutado mucho".

Cuando miró la piel dolorida tuvo un insight, para ella, representaba todas las terapias y medicamentos que debía de tomar para levantar esa piel rota, dolorida. Todas las cosas que tenía que trabajar terapéuticamente.

Y en la asociación libre de ideas, habló de la relación con su madre. Citó:

"Cuando fue el día de la madre, no tenía buenos recuerdos y me extrañó, así que, llamé a mi hermana. Mi hermana me contó una cosa buena y ahí lo recordé. Me contó un recuerdo cotidiano y me resultó raro no acordarme de eso y sin embargo, me acuerdo de muchos momentos malos. Creo que mi relación con mi madre no fue mejor por mi culpa. Me sentí muy dolida, he recibido de ella críticas injustas en mi infancia y siempre pensé que mi madre tenía que haberlas reparado y no ha sido así".

"...Cuando mi madre intentó acercarse a mí, yo preferí estar mal, quedarme como ya estaba, que permitir que ella se acercara. Prefería estar en el dolor y no salir de ese estado. Siento una falta del cuerpo a cuerpo, una falta de cariño"...Ya adulta, pese a la buena relación que aparentaba

tener con ella, yo siempre intenté esquivarla y no permití que nuestra relación fuese mejor. Soy consciente que nuestra relación podía haber sido más enriquecedora.” “...Entiendo la vida que tuvo mi madre e intento justificarla por ello, pero...”

Contrastando la asociación libre de ideas en torno a lo experimentado durante el proceso con otros aspectos y momentos de su vida, nos permitirían relacionar, el dolor donde ella actualmente se identificaba, llamado “el dolor camuflado” con el dolor que ha vivido y aún persistía de su relación vincular con las figuras cuidadoras. Por un lado, creía que la madre tenía que haber “reparado” algo en su infancia y por otro lado, su decisión ya en la vida adulta “de no haberla dejado reparar”. Recogemos una ambivalencia, donde parece que hay sentimientos hostiles, de odio, ira, y un gran sentimiento de culpa, que la paciente no ha sabido gestionar y que actualmente, persisten los efectos traumáticos en el dolor corporal.

El último día de taller Carolina, citó algo parecido a otros talleres en torno a sus dificultades:

“Creo que las personas que tenemos fibromialgia, tenemos unas características innatas, nacemos con ellas y entre ellas es saber que es bueno para las otras persona...” “...Nuestro sufrimiento deriva de un exceso de amor hacia los demás”.

Diana la confrontó haciéndole de espejo, y le dijo que la necesidad de amor y dependencia partía de ella y no de los demás hacia a ella.

Carolina finalmente dijo:

“Reconozco que desde hace unos meses, intento actuar como lo he hecho a través de los talleres cuando creo una obra, intento rodear los problemas, buscar maneras alternativas para resolverlos y me siento más tranquila y con mayor bienestar”.

Tabla: resumen de las palabras principales del análisis del caso de Carolina

La mirada; la falta; máscara; contradicción entre el objeto resultante, el proceso y el discurso; tensión; idealización; rechazo del ojo; desubicación; éxito; fracaso; cuidar; cumplimiento; mandato; reconocimiento; símbolo paterno; objeto de resonancia; ambivalencias; Edipo; padre; madre; falta de cariño, falta del cuerpo a cuerpo; inhibición; necesidad de ser querida; formas; libertad; mezclar los colores; madre es el símbolo del control; me identifico como hija y como madre; percepción interna de indefensión; conductas controladoras; queja; malestar pareja; repetición; trauma; renuncia del yo; dificultades; establecer límites; dolor; gen especial; dar sin esperar; percepción del control interna bajo e inseguro; hipervigilancia; no tener el control (ansiedad); imprevisibilidad; necesidad; carenciales afectivas; bloqueos emocionales; evitación; elaboración; tensión muscular; límite discontinuos; “dolor encarnado” ; fibromialgias, desmoronamiento; la piel dolorida; piel experimentada; piel nueva; agujeros, los bultos; madre (ira; odio; hostilidad reprimida; culpa); críticas injustas; infancia (percepción de abandono); estar en el dolor y no salir de ese estado; no haber dejado reparar; demanda; características innatas; nacer con un gen especial; rodear los problemas; buscar maneras alternativas; soluciones; tranquila; bienestar”.

Tabla que relaciona las palabras claves extraídas del NVivo 10 con las categorías que se han analizado oportunidad:

Categorías	Palabras clave
Construcción del apego	La mirada; la falta; desubicación; símbolo paterno; objeto de resonancia; ambivalencias; Edipo; padre (idealización); madre (ira; odio; hostilidad reprimida; culpa); falta de cariño, falta del cuerpo a cuerpo; percepción interna de indefensión, bajo e inseguro; críticas injustas; infancia (percepción de abandono); demanda
Mecanismo de defensa	Idealización; evitación
Somatización	Tensión; inhibición; dolor; fibromialgia; bloqueos emocionales; tensión muscular; "dolor encarnado"; estar en el dolor y no salir de ese estado; no haber dejado reparar
Construcción de la identidad	Conductas controladoras; queja; trauma; renuncia del yo; dificultades; establecer límites; gen especial; dar sin esperar; hipervigilancia; no tener el control (ansiedad); imprevisibilidad; necesidad; carenciales afectivas; características innatas; nacer con un gen especial
Sesgo de género	Éxito; fracaso; cuidar; cumplimiento; mandato; reconocimiento; necesidad de ser querida; malestar pareja; identificación como hija y madre
Simbolización plástica del conflicto	Contradicción entre el objeto resultante, el proceso y el discurso; rechazo del ojo; formas; libertad; mezcla los colores; madre como símbolo del control; elaboración; límite discontinuos; desmoronamiento; la piel dolorida; piel experimentada; piel nueva; agujeros, los bultos; rodear los problemas; buscar maneras alternativas; soluciones; tranquilidad; bienestar"; máscara; repetición

7.4.5 Conclusiones del estudio de caso C (Carolina), segunda fase de la Investigación Acción:

Objetivos específicos de la 2º fase de intervención	Conclusiones específicas de la 2º fase de intervención
<p>Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.</p>	<p>A través del trabajo realizado en torno a la estética de las obras –paso de una estética rígida, hierática, hermética, compacta-monocromática a otra donde mezcla los colores para crear combinaciones asimétricas, con un cierto desorden – se han podido apreciar una mayor flexibilización, a la hora de pensar y conectar con su mundo emocional.</p> <p>El hecho de trabajar con la materia, transferirle emociones, transformar las emociones iniciales de rigidez, simetría y orden en otras más abiertas, emergentes, produce cambios simbólicos en los dos planos: el estético y el emocional.</p> <p>A través de la relación con las otras pacientes y del trabajo elaborado durante el proceso creador, y las imágenes creadas, ha podido confrontar ideas categóricas en torno a la causalidad del síndrome, flexibilizar, discernir y construir otros modos de pensamientos, otros modos de enfrentarse a las dificultades y conflictos psíquicos. Relacionó esta nueva actitud frente a los problemas como algo aprendido durante los talleres, intentó rodear el problema y buscar maneras alternativas para resolverlo en lugar de quedarse en un único modo de entendimiento y ello, le ha posibilitado una mayor tranquilidad interna y por consiguiente un mayor bienestar.</p> <p>La relación en el grupo le ha permitido reflexionar sobre características somáticas del síndrome, y compartir sus experiencias en torno al mismo, ha sido uno de los aspectos más gratificantes para la participante, porque ha sentido que parte de la soledad que le ha ido acompañando a lo largo de su enfermedad, lo ha podido compartir con otras personas.</p>

<p>Posibilitar la reestructuración interiorizada de la imagen corporal dolorida.</p>	<p>A través de la imagen del dolor camuflado, ha podido relacionar la relación entre la interacción social (sufrir tensiones, malestar en la vinculación con otros) con la consiguiente somatización de dolor en el cuerpo y el tiempo que tarda en diluirse. Ha podido reflexionar sobre los procesos de somatización en relación a las dificultades para poner límites y como esos límites tenían un efecto en el cuerpo a modo patológico.</p> <p>Ha podido flexibilizar la rigidez que presentaba en las relaciones con el otro, con la diferencia, buscando alternativas diferentes, soluciones nuevas al desencuentro tal y como lo ha citado al final de los talleres, como proceso de aprendizaje a través de la creación de las obras.</p>
<p>Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.</p>	<p>Ha sido llamativo la evolución estética de las imágenes creadas, particularmente, cuando se representó a sí misma dentro de un espacio cerrado y los límites del espacio como de ella misma son discontinuos, pinceladas sueltas, débiles. Es un cambio significativo porque posibilita una permeabilidad de pensamiento frente a un límite continuo, fuerte e inamovible.</p>
<p>Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.</p>	<p>El espacio de arteterapia ha podido actuar como un espacio para que pueda hacer más consciente sus carencias (sentimientos de ambivalencia con la madre; padre; carencias afectivas; sentimientos de culpa, ira, hostilidad reprimidos), ha estimulado la simbolización, y proporcionado un espacio para la reflexión, el diálogo, y la expresión a nivel inconsciente y ella ha podido pensarlo conscientemente.</p> <p>Ha podido narrar momentos autobiográficos dolorosos en relación a sus carencias afectivas recibidas como hija y la repetición de las mismas como madre a sus hijos, ha podido sostenerlo y construir nuevas narrativas que re-significasen los recuerdos dolorosos, y le ha posibilitado abrir un diálogo interno, y adquirir mayor conciencia.</p>

<p>Utilización de los talleres como medios para canalizar las emociones bloqueadas y de malestar en la subjetividad de las pacientes.</p>	<p>A través de los talleres se ha producido una relación transferencial marcada por una conducta de control y mando por parte de la paciente Bárbara, le ha permitido reflexionar sobre su posición de sumisión, y en la asociación libre de la palabra identifico ese rol producido durante los talleres con su percepción de posición de subordinación en relación a su marido.</p> <p>A través de estos roles activados ha podido expresar su malestar vivido en el entorno familiar, concretamente con su marido y ello le ha permitido ampliar aún más las reflexiones y expresar sus creencias sobre el origen de su enfermedad -ligadas a un gen que las convierte a las mujeres con fibromialgia en extremadamente buenas, y conocedoras de las necesidades del otro-que a su vez, las confrontaciones con la diferencia de la compañera Diana, le ha permitido al menos recoger puntos de vista diferentes y críticas a su modo de posicionarse.</p> <p>Mediante una revisión de las narrativas de la participante, podríamos pensar en el dolor físico, en relación al dolor emocional que ha vivido y aún persiste en torno a su experiencia con los vínculos fundantes, enfatizando a la figura materna.</p> <p>Podríamos pensar cómo la falta del dolor de la madre lo ha vivido en el cuerpo y en su conducta, como un dolor difuso, por todo el cuerpo.</p>
<p>Conectar y escuchar al cuerpo de una manera diferente al dolor, mediante la expresión artística.</p>	<p>A través de las obras ha podido identificar áreas del cuerpo marcadas por el dolor, conectarse al dolor, expresarlo, asociarlo a su novela familiar.</p> <p>A través del espacio del taller ha podido construir recursos para enfrentarse a sus dificultades desde la toma de conciencia y el trabajo que ha desarrollado durante el espacio de arteterapia.</p>

<p>Orientar el uso del arte en su capacidad para presentar de manera organizada aspectos parciales de la propia subjetividad.</p>	<p>En la segunda fase del taller, hemos podido recoger desde su asociación libre de la palabra y sus propias citas durante el proceso, sentimientos de ambivalencia hacia los vínculos fundantes y recoger emociones, como: hostilidad, ira, rencor, culpa, reprimidos en un tiempo del pasado y que en el espacio del taller, han sido revividos y pensados. Y ello, también nos informa de la persistencia e intensidad de los efectos de la represión y del trauma, en los procesos de somatización y en el dolor.</p>
	<p>Se ha podido recoger material en torno a características del modelo de feminidad vigente transmitidas de la relación madre e hija, vínculo de sometimiento en la relación de pareja como reactualización de la construcción de los vínculos fundantes, que junto con la hostilidad reprimida podría incidir en la sintomatología del síndrome, a modo de dolor-estrés prolongado en el tiempo sin la elaboración del mismo.</p>



INMERSIÓN EN EL DOLOR AJENO Y PRO-
PIO: TERCERA FASE DE LA
INVESTIGACIÓN-ACCIÓN.
ESTANCIA DE COLABORACIÓN CON EL
GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DE GOLDSMITH
(LONDRES)

7.5.1 Arteterapia en el contexto de Goldsmiths' College (Londres):

Inglaterra ha sido junto con Estados Unidos, uno de los países promotores del nacimiento del arteterapia. Han sido varios factores principales por los cuales se produjo este hito histórico. Uno de ellos ha sido gracias al movimiento Antipsiquiatría, que llegó a cuestionar todo el modelo psiquiátrico tradicional y la asistencia institucional en miras a la creación de otro modelo más humanizado en donde pensaba que mediante un equipo especializado, un tratamiento ético y empático hacia el paciente, se podría promover los procesos de cura. Crearon centros donde poder aplicar el nuevo modelo clínico-psiquiátrico, y desde 1962 a 1966, Cooper puso en marcha un proyecto de investigación sobre la esquizofrenia en Shenley Hospital, a las afueras de Londres. Se creó una nueva relación de roles, aboliéndose el sistema paciente-médico-enfermo en otro caracterizado por las "antinormas", de total libertad, y la organización de grupos de trabajo en tareas de decoración y fabricación de juguetes con una labor terapeuta (Salvat, 1973). En 1977, Laing y Esterson retomaron el trabajo de Cooper en *Philadelphia Association and Mental Charity* y a raíz de esta entidad surgieron una serie de comunidades terapéuticas como Kingsley Hall (1965-1070), en Londres, que se caracterizaron por una mezcla de comunidades hippie y terapéutica con una gran diversidad de actividades intelectuales: conferencias sobre psiquiatría y antipsiquiatría, seminarios, reuniones con profesionales de diversas disciplinas: teatro experimental, científicos de la Nueva Izquierda, movimientos "comunas", poetas, artistas, músicos, fotógrafos, etc (López, 2004).

Otro hito influyente fue la proliferación de las teorías de la creatividad (Guildford, 1950). Para entonces el cognitivismo verificaba que las actividades artísticas podían favorecer el desarrollo intelectual y exigieron un pensamiento de orden superior (Vigotsky, 1979). Defendieron el uso de estrategias intelectuales, como el análisis, la inferencia, el planteamiento, la resolución de problemas o formas de comprender, interpretar, valorar, discernir, imaginar, representar, etc., como facetas imprescindibles para llevar a cabo procesos de introspección con fines terapéuticos (Hernández, 2000).

Otro factor a mencionar, la proliferación de diferentes campos del saber cómo psicología, antropología, y mass media, que originaron nuevas fórmulas de expresión.

Tras la proliferación de dichos factores, tuvo lugar en Inglaterra, la primera asociación de *Arteterapia*, *British Association of Art Therapist* (B.A.A.T), en 1964. Simultáneamente, se constituyeron otras asociaciones en diferentes países para aunar objetivos, validar prácticas, regularizar la profesión, etc. Y a lo largo de la misma década empezaron la implantación de estudios universitarios y cursos de especialización en los dos países precursores. En Reino Unido, destacó la iniciativa desarrollada por St. Albans College of Art con la implantación de un curso piloto en 1969. López, (2004:103) dijo que "su ubicación, rodeada de hospitales y psiquiátricos, la convirtieron en un lugar idóneo para desarrollar cursos de formación para terapeutas artísticos. El curso adquirió años más tarde el nivel de posgrado y en 1981 se consiguió el doctorado en la materia". A principios de 1970, la universidad de Birmingham incorporó, en la Facultad de Bellas Artes, prácticas arteterapéuticas en clubs juveniles, en proyectos municipales, hospitales y clínicas (Waller y James, 1987 en López 2009).

Entre 1970 y 1980 las iniciativas emprendidas por EEUU e Inglaterra comenzaron a extenderse de manera similar en el resto de los países desde tres frentes:

1. La creación y expansión internacional de asociaciones.
2. La creación cursos de formación.
3. El incremento de publicaciones científicas sobre la materia.

Los países promotores experimentaron una rápida proliferación de numerosos programas

de formación para arteterapéutas, Goldsmiths' College (Londres), en 1974 ofertó una especialización optativa en arteterapia, dentro de los estudios universitarios de Bellas Artes, la cual, posteriormente, acabó convirtiéndose en una diplomatura en terapia artística independiente con dos especialidades: una clínica y otra educativa. (Waller y James, 1987 en López 2009).

En la década de los ochenta se produjeron cambios importantes en el terreno profesional, EEUU e Inglaterra consiguieron institucionalizar la profesión del arteterapia y la *British Association of Art Therapist* (B.A.A.T.) consiguió el reconocimiento por parte del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, independizándose así de los terapeutas ocupacionales. Y en 1990, *National Joint Council for Social Services* reconoció la profesión. En 1997, los arteterapeutas fueron regulados profesionalmente por *Health Professions Council*, a través de un registro estatal, (State Registration for Art Therapists). El ejercicio profesional de los terapeutas creativos (arteterapeutas, musicoterapeutas, dramaterapeutas), se controlaba mediante registro y reconocimiento de ser miembro de la BAAT.

7.5.2 Colaboración con el grupo de investigación de Goldsmiths' College (Londres):

Toma de contacto:

Tras finalizar la segunda fase de intervención en arteterapia en la Asociación Granadina de Fibromialgia, me puse en contacto con Sally Skaife, directora del departamento de Arteterapia de Goldsmiths' College University. Inicialmente, le envié parte de mi investigación para solicitar la posibilidad de colaborar en su grupo de investigación y realizar una estancia de tres meses de duración con el fin de poder realizar el doctorado con mención internacional. El proyecto de investigación fue aceptado y Sally Skaife me propuso participar, paralelamente a dicho grupo de investigación, en cursos y conferencias que impartían en el programa del Máster en Art Psychotherapy.

Realicé mi estancia desde Enero hasta Abril del 2012.

Grupo de investigación:

El grupo de investigación se componía de un total de cinco personas incluyendo mi participación. Durante los tres meses de duración, nos reunimos periódicamente para trabajar tres tareas:

1) Reflexionar, analizar y evaluar los diferentes proyectos de investigación. Las funciones oscilaban desde la lectura del plan de trabajo de cada una de las componentes del grupo, hasta la elaboración de un material, exposición del proyecto de investigación, supervisión y devoluciones de los posibles fallos o puntos ciegos que pudiesen detectarse.

El sistema de trabajo se caracterizó por un proceso, en el cual, los miembros del grupo de investigación cuestionaban la coherencia e idoneidad entre paradigma, metodologías y técnicas seleccionadas y el/la investigador/a tenían que rebatir y fundamentar su trabajo. Únicamente se daría por válido si el investigador era capaz de sostener y explicar su trabajo mediante una validación de la literatura con una coherencia y rigor del proceso de investigación.

2) Leer, analizar y elaborar trabajos de investigación del material específico que nos entregaban en el grupo de investigación en relación a metodologías de investigación en arteterapia y psicoterapia.

Participar en talleres de arteterapia y creación de un diario artístico que registrase lo vivenciado durante los talleres intercalado con tareas creativas externas a los mismo, con

el fin de trabajar aspectos emocionales relacionados al tema de la investigación (proceso, dificultades encontradas, dudas, etc.). En el diario artístico iba construyendo una red de conocimientos entre la autoexploración a través de los talleres, y los temas claves de la investigación generando nuevas interacciones y fuentes de reflexión desde donde poder pensar el problema de la investigación. El diario fue supervisado por Sally Skaife.

Se denominó a este trabajo como “procesos de inmersión”. Los procesos de inmersión llevados a cabo, me posibilitaron adentrarme en la esencia de las motivaciones (explicadas en el primer capítulo) que me había conducido a seleccionar este colectivo y las identificaciones que yo como ser humano me podrían ligar a las mujeres que investigo: el género, la tensión de ser mujer en una cultura patriarcal con las comunes dificultades y problemáticas en la construcción de la subjetividad femenina; y el psicopatismo, como sujeto susceptible a psicopatizar en el proceso vital ante eventos traumáticos a los que todo ser humano se encuentra condicionado por el carácter de constante pérdida que se vive, entre otros factores. El diario y material generado en este proceso de inmersión no ha sido incluido en la tesis doctoral.

Para el desarrollo de esta fase de inmersión, utilicé la metodología heurística con las orientaciones señaladas por Moustakas (1990/1994) en *Heuristic Research: design, methodology and applications*; Hertz (1996) en *Heuristic research as a vehicle for personal and professional development*; Ellis y Bochner (2000) *autoethnography, personal narrative, reflexivity: research as subject*.

El proceso de inmersión me permitió construir nuevos conocimientos, posicionarme mejor dentro del proceso de la investigación y construir una mirada más humanizada para poder abordar el dolor del otro, hacia las dificultades que viven las personas que se adentra en un trabajo psicoterapéutico.

Los objetivos principales fueron poder:

-Trabajar posibles sesgos que se podrían producir cuando se unen los roles de investigador/arteterapeuta, así como, entre las motivaciones personales del investigador/arteterapeuta por investigar un colectivo concreto y las dificultades que manifiesta dicho colectivo.

-Ahondar aspectos transferenciales y contratransferenciales que podían ponerse en juego por las motivaciones personales, como por el material recogido, la interacción con las pacientes, el proceso, los resultados obtenidos, etc., con el fin de hacer un proceso de inmersión al tema de investigación pero desde la percepción de una mismo/a, y contrastarlo con la percepción y material hallado con el colectivo de investigación para poder de tal modo, profundizar, en la problemática del fenómeno de estudio desde la esencia misma, promoviendo, desde la metodología autoetnográfica, otros focos de entendimiento, de emergencia de nuevas reflexiones a través de un proceso de separación del proceso de investigación.

-Acceder a una mayor comprensión del problema al poder explorarlo, desde la esencia misma tanto como testigo de lo ajeno como desde el viaje hacia la huella propia, recorriendo las identificaciones consciente e inconscientes como mujer y como sujeto susceptible a la psicopatización que pueden interferir y/o estar presente en la interacción entre arteterapeuta/investigadora/colectivo.

Ciertamente, la estancia en Goldsmiths' College fue determinante en mi proceso de investigación y cambió el rumbo del mismo porque mi idea inicial era hacer la estancia y finalizar

la tesis doctoral y tras la estancia allí decidí realizar una cuarta fase más de investigación-acción. El nuevo giro que tomaba mi investigación se vio influenciado por:

Los encuentro de supervisión de los proyectos del grupo de investigación que me permitieron poder identificar sesgos y puntos ciegos del proceso desarrollado.

El acceso al material de investigación específico al campo del arteterapia y psicoterapia creativa, me facilitó nuevos conocimientos y recursos para poder elaborar una intervención sistematizada en arteterapia con el colectivo de mujeres que sufren fibromialgia. Rediseñé el diseño metodológico de la segunda fase incorporando nuevas estrategias de recogida de información mixtas que me posibilitaría fundamentar y validar con mayor rigor el proceso y los resultados obtenidos.



SINTIENDO EL DOLOR DEL OTRO

Cuarta fase de la investigación acción.
Intervención sistemática en el área de
salud mental del Hospital Virgen de las Nieves
de Granada

"Mis obras son una reconstrucción del pasado. En ellas el pasado se ha vuelto tangible; pero al mismo tiempo están creadas con el fin de olvidar el pasado, para derrotarlo, para revivirlo en la memoria y posibilitar su olvido". Bourgeois (VV.AA., 1997: 59)

7.6.1 Diseño metodológico de la cuarta fase de la Investigación-Acción:

Toma de contacto:

Tras la estancia con el grupo de investigación de Goldsmith's College, junto con el material recogido en fases anteriores rediseñé el diseño metodológico y presenté el plan de trabajo de la cuarta fase de Investigación Acción al Hospital Virgen de las Nieves en Granada.

Le presenté el proyecto doctoral a Ana Távora, psiquiatra que trabaja e investiga en el Hospital de Virgen de las Nieves con personas que sufren fibromialgia, y ella a su vez, lo remitió a la dirección del hospital, prestándose como intermediara y persona que avalaría mi estancia durante el tiempo que durase la investigación. En un mes aproximadamente se aprobó el proyecto y empecé a investigar en el área de salud mental, en el edificio de Licinio de la Fuente. El hospital me facilitó una serie de contactos de personas que habían sido previamente diagnosticados por el síndrome de la fibromialgia, en el área de salud mental. Llamé una por una a las personas incluidas en el listado, para explicarle brevemente el estudio de investigación y solicitar su participación. Creé dos grupos de investigación (control y experimental) y elaboré una cita de entrevistas individualizadas con el objetivo de explicarle con mayor profundidad el objeto de la intervención. A las personas que confirmaron su interés por formar parte del estudio, les di una hoja escrita con toda la información y ellas tenían que firmar por escrito dicho consentimiento¹ (ver anexo 6). Ellas se comprometían a asistir de manera continuada a los talleres, pagar los materiales del taller y cumplir con el principio de confidencialidad de lo que aconteciese en el transcurso de las sesiones.

7.6.2 Encuadre:

Centro: Edificio Licinio de la Fuente, Hospital Virgen de las Nieves, área de salud mental.

Sesiones: 20 sesiones de dos horas y media alternadas entre una y dos veces por semana.

Estructura de los talleres: primera parte caldeamiento; segunda parte, proceso creativo y tercera fase, turno de palabra.

Objetivos específicos:

Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.

Posibilitar la reestructuración internalizada de la imagen corporal dolorida.

Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.

Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.

Apoyo y acompañamiento en las dificultades emocionales que surgen de la dificultad de aceptar el brote de la enfermedad en sus vidas.

¹ Estos documentos no se han incluido en los anexos, pero se van a llevar al tribunal el día de la lectura doctoral. No se añaden porque se tienen que borrar sus nombres por principios de confidencialidad y quedaría igual al modelo del consentimiento.

Reducir los efectos de la enfermedad, fomentar la comunicación y la interacción con otros pacientes.

Fomentar espacio de empatía e identificación para compartir y narrar experiencias autobiográficas.

Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Proporcionar un foro de diálogo para compartir los problemas existenciales.

Pensar al sujeto desde un enfoque integral y conocer a la persona que sufre el síndrome.

Contribuir, mediante el análisis e interpretación de los resultados de los estudios de casos, a una mayor comprensión de las personas que sufren el síndrome, explorando las diferentes complejidades que influyen en el constructo subjetivo.

7.6.3 Estrategia de recogida de información:

Hay una modificación con respecto a la segunda fase de la investigación. En esta fase no se ha utilizado el registro cualitativo de 71 ítems elaborado en función de los objetivos de afrontamiento del dolor del centro AGRAFIM, por las siguientes razones:

Dicho registro fue una acción determinada de la metodología investigación acción, que perseguía hacer una devolución a la asociación para generar un impacto y una repercusión en el programa psicológico para afrontamiento del dolor que la institución había desarrollado. El fin era promover un cambio en la práctica del centro donde se pudiese visibilizar los beneficios del arteterapia fundamentados mediante la práctica. Los profesionales del campo de la salud y la presidenta formaron parte del proceso de la intervención e incorporaron los resultados obtenidos en la memoria de programación anual que desarrollaban. Dicho registro creado era fruto de una adaptación de la selección de los objetivos de programa de la asociación en categorías para trabajar desde el setting del arteterapia. Respondía a una acción específica de una organización asociativa y servía como modelo para aplicar en dichas instituciones adaptándolas a la realidad del centro donde se intervenía. El modelo de intervención de esta fase responde al modelo hospitalario, en donde no se le iba a hacer una devolución del material realizado a los profesionales del hospital, por lo que decidí hacer uso de otras estrategias de recogida de información que se adaptase mejor a las características de este modelo institucional, así como, del perfil de pacientes que se iba a investigar.

Las estrategias de recogida de información variaron con respecto a la fase anterior y respondieron a un modelo de intervención sistematizado adaptado a la institución hospitalaria:

- Modelo del consentimiento de aceptación de la investigación (ver anexo 7).
- Entrevistas semi-estructurada inicial (ver anexo 8).
- Cuestionarios (Ver anexo 9).
- Autobiográficas. (Ver anexo 10).
- Descripción de los atributos del grupo control .(Anexo 11).
- Transcripciones de los talleres grabados. (Ver anexo 12, descripción fenomenológica de los talleres).
- Notas de observación participante en la descripción fenomenológica de los talleres (ver en anexo 12).
- Evaluadores de dolor y fatiga del 0 al 10 de cada uno de los talleres. (Ver anexo 13).
- Entrevistas observación evolutiva de sus obras y percepción de los cambios producidos a lo largo de los talleres (Ver anexo 14).
- Diarios artísticos de los talleres. (Ver anexo 15).
- Análisis de datos. (Ver apartado 7.7).
- Registro de recogida de información de cada una de las sesiones:
 - Nº de participantes
 - Materiales
 - Encuadre
 - Tarea
 - Propuesta
 - Proceso
 - Análisis de las obras
 - Títulos
 - Elementos comunes:
 - Turno de palabra:
 - Arteterapeuta notas: Transferencia y contratransferencia
- Técnicas proyectivas. (5 fase de la Investigación Acción. Estudio Haifa University. Ver anexo 15)

Estas estrategias de recogida de información me permitió ampliar los conocimientos sobre sus perspectivas, y acercarme con mayor profundidad a aspectos de su subjetividad, en torno a cómo se sentían, se pensaban, se analizaban, se interpretaban a ellas mismas y como lo expresan y lo construyen a través del proceso creador.

En este apartado voy a describir los atributos diversos (presentación del caso, cualitativos y conclusiones) de cada una de las pacientes. Las descripciones y análisis cualitativos se han construido de dos maneras conjuntas:

a) Programa software NIVO10: este programa ha sido seleccionado para llevar a cabo la tercera fase de la investigación cualitativa, la fase inductiva, con el fin de adaptar la fase teórica con la fase práctica. Este programa facilitó hacer una categorización de la recogida de información de las entrevistas y talleres. A través del mismo se ha creado una serie de nudos que representan los temas principales que han surgido en la investigación. Esos temas principales me permitieron hacer matrices entre los contenidos como: observar qué contenidos de unos temas principales se relacionan con otros contenidos de otros temas y a su vez, relacionar el material individual entre sí, unos casos con otros (tanto de esta fase como de los estudios de caso de las dos fase previas denominadas pre-diagnos) como a nivel grupal.

b) Triangulación de datos con otras fuentes: cuantitativas, fenomenológicas e interpretativas propias del método de intervención aplicado en arteterapia con orientación psicoanalítica.

En las dos primeras fases de intervención se exponía la información en primera persona y desde el punto de vista de la arteterapeuta; ahora, lo voy a exponer desde la mirada de la investigadora que describe, analiza y cuestiona, los datos recogidos de la arteterapeuta, reflejando de tal modo la diferenciación de los roles dentro del proceso de investigación de la cuarta fase. Por un lado, podremos observar que dentro de los talleres, trabajé desde el rol de arteterapeuta y fuera de los talleres, trabajé desde el rol de la investigadora que analiza el material recogido.

Así como, en las fases anteriores a las personas que participaban se las denominaban participantes o usuarias, siguiendo la terminología que utilizaban en la asociación y en la cuarta fase de investigación, se cambió la terminología a pacientes siguiendo la terminología utilizada en el contexto hospitalario.

7.6.4 Análisis e interpretación de datos a partir de los atributos cuantitativos de la cuarta fase de la Investigación-Acción:

A continuación se va a señalar inicialmente una breve descripción de la batería de cuestionarios (pre-test, post test I y post test II) utilizados y los evaluadores de dolor y fatiga; y en un segundo lugar, se van a exponer los resultados obtenidos de los mismos que reflejarán la situación de las pacientes antes de la terapia, al finalizar la intervención y tres meses después de la finalización del tratamiento; y en tercer lugar, se va presentar los resultados obtenidos de los evaluadores de dolor y fatiga que se han llevado a cabo en cada una de las sesiones. Al inicio y una vez finalizada la sesión las pacientes hacían una X en una escala del 0 al 10 para señalar el nivel de intensidad de dolor y fatiga que sentían en su cuerpo.

7.6.4.1 Cuestionarios: (Ver anexo 6)

BECK:

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. Siendo 0 o puntuaciones más cercanas a 0 indicadores de niveles de la depresión más bajo y siendo 63 o puntuaciones más cercanas a esta cantidad, indicadores más altos de depresión.

-SF-36:

Contiene 36 ítems preguntas. El cuestionario cubre 8 dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Las dimensiones evaluadas son: "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental". Está diseñado para poder autoadministrarse e interroga respecto de las semanas anteriores a su cumplimentación (Arostegui y Nuñez, 2008: 154-155). Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud y a menor valor peor estado de salud.

-CALIDAD DE VIDA

Consta de 39 ítems que mide la salud en relación a la percepción de calidad de vida. El método de evaluación se efectúa mediante una escala de tipo Likert de cinco alternativas de respuesta que oscilan del 1 al 5. Y los resultados de la calidad de vida global se obtienen mediante la suma de los factores 1, 2, 3, y 4. A mayor puntuación significa mejor calidad de vida y a menor puntuación menor calidad de vida.

-VANDERBILT:

Brown y Nicassio (1987), consta de 18 preguntas que se contestan de acuerdo a una escala de 4 puntos. Los sujetos deben señalar la frecuencia con la que realizan las actividades que se consignan en los ítems cuando experimentan dolor (valor 1=casi nunca, valor 2=algunas veces, valor 3=frecuentemente, valor 4=casi siempre). Fue construido para evaluar dos modos de afrontamiento generales, pasivo y activo, puede ser también utilizado para valorar de forma fiable y válida estrategias específicas.

Estrategias activas (adaptativas): dirigidas al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él. Se obtiene sumando las puntuaciones recogidas en Apoyo Social y Supresión. La puntuación de la estrategia activa se obtiene sumando los resultados de "catastrofismo" y "búsqueda de apoyo social".

Estrategias pasivas (desadaptativas): estrategias mediante las que se cede a otros el control del dolor y que hacen que el dolor deteriore otras áreas de la vida del sujeto. Se obtiene sumando las puntuaciones de Catastrofismo y Afrontamiento Conductual. La puntuación de la estrategia pasiva se obtiene sumando "supresión" y "afrontamiento conductual".

A mayor puntuación mejor afrontamiento del dolor y a menor puntuación peor afrontamiento del dolor.

-FIQ:

Mediante preguntas que hacen referencia a la semana anterior a la realización del test, valora los componentes del estado de salud que suelen estar más afectado en pacientes con síndrome de fibromialgia. Consta de 10 ítems, el primero es el que contiene varios subítems (a-j), en número 10 y cada uno de ellos con un rango de 4 puntos (de 0, siempre, a 3, nunca) según una escala de Likert. Este ítem valora la capacidad funcional del paciente mediante preguntas acerca de actividades relacionadas con la vida diaria: comprar, conducir, hacer la colada, etc. El segundo y tercer ítem corresponde a escalas numéricas que hacen referencia a días de la semana; el segundo es una escala del 1 al 7, y el tercero de 1 al 5. El resto de los ítems se valora mediante escalas visuales analógicas (EVA) del 0 al 10. (Salvat, Montull, Fernández-Ballart, 2004: 28-29). Para los tres primeros ítems, cuya respuesta no se recogen en una escala del 0 al 10, son necesario las siguientes recodificaciones (Monterde, Salvat, Montull, y Fernández, 2005:29):

-Para obtener la puntuación del primer ítem se suman el valor obtenido en cada uno de los 10 subítems, se divide por el número de los ítems contestados y el resultado se multiplica por 3,33.

-El segundo subítem del (0 al 7) debe ser recodificado y adaptado. Se invierten sus valores para que tenga el mismo sentido que el resto de los subítems y se multiplica por 1,43.

-El valor obtenido en el tercer ítem (1-5) debe multiplicarse por 2.

Para obtener la puntuación total, se suman las puntuaciones individuales debidamente recodificadas y adaptadas. Si alguna pregunta se ha dejado en blanco, se suma las puntuaciones obtenidas y se dividen por el número de preguntas contestadas.

La puntuación del FIQ total se halla entre el 0-100 ya que cada uno de los subítems tiene una puntuación del 0 al 10 una vez adaptado. De esta forma 0 representa la capacidad funcional y la calidad de vida más altas y 100 el peor estado.

-STAI RASGO Y ESTADO

Los totales se obtienen sumando los valores de los ítems (tras las inversiones de las puntuaciones en los ítems negativos). Por ello, los totales de ansiedad rasgo y de ansiedad estado abarcan desde 0 hasta 60, correspondiéndose una mayor puntuación con mayor ansiedad detectada y una menor puntuación con una menor ansiedad detectada. (Guillén-Riquelme y Buéla-Casal, 2011:511).

7.6.4.1.1 Resultados cuantitativos de la batería de cuestionarios


Para determinar la eficacia del tratamiento implementado hemos desarrollado dos tipos de análisis. Un primer análisis clásico utilizando la aproximación de la significación estadística y otro análisis usando una aproximación alternativa a través de la significación sustantiva. Ello obedece a tres razones fundamentales que Fernández y Fernández (2009, pp. 44-51) materializan en los siguientes términos:

a) Por una parte, debido al reducido tamaño muestral objeto de análisis en nuestro diseño experimental (N=15). En este sentido, debemos destacar la supeditación de la significación estadística al tamaño muestral de tal forma que, a mayor tamaño muestral también mayor será la probabilidad de detectar diferencias estadísticamente significativas (aceptar la hipótesis alternativa) y a menor tamaño (nuestro caso) mayor será la probabilidad de no encontrar tales diferencias (aceptar la hipótesis nula).

b) La significación estadística no atiende a la potencia del contraste (1-β).

c) La significación estadística no denota la magnitud del efecto.

Así pues, en la tabla que mostramos a continuación explicitamos los resultados obtenidos al comparar las medias obtenidas entre los grupos experimental y control en las diversas variables dependientes contempladas, tanto a nivel pretest (comprobación de equivalencia de partida de los grupos), como a nivel posttest (posible eficacia del tratamiento).

Pruebas		Sig. asociada a la prueba de U Mann-Whitney	Tamaño del efecto (d de Cohen)
BECK (depresión)			
Experimental pre	27	.524	.22 [^]
Control pre	25.13		
Experimental post1	21.60	.722	.44 [^]
Control post1	26		
Experimental post2	17.60	.172	.96 ^{^^}
Control post2	26.67		
SF36 (salud física)			
Experimental pre	38.7	.824	.11 [^]
Control pre	39.5		
Experimental post1	39.5	.732	.021 [^]
Control post1	39.7		
Experimental post2	34.8	.108	1.12 ^{^^^}
Control post2	40.4		
SF36 (salud mental)			
Experimental pre	55.5	.062	.93 ^{^^^}
Control pre	41.9		
Experimental post1	47.9	.851	.21 [^]
Control post1	42.60		
Experimental post2	42.60	.091	.987 ^{^^^}
Control post2	50.70		

SF36 (promedio salud física+mental)			
Experimental pre	55.7	.345	.39 [^]
Control pre	40.60		
Experimental post1	48.2	.745	.33 [^]
Control post1	47.3		
Experimental post2	42.7	.325	.78 ^{^^}
Control post2	49.6		
CALIDAD DE VIDA			
Experimental pre	117.3	.114	.23 [^]
Control pre	100.25		
Experimental post1	116.4	.723	.89 ^{^^^}
Control post1	99.38		
Experimental post2	120.2	.080	1.11 ^{^^^}
Control post2	98,5		
VANDERBILT (afrentamiento del dolor)			
Experimental pre	20.25	.218	.97 ^{^^^}
Control pre	23.29		
Experimental post1	17.6	.031*	2.60 ^{^^^}
Control post1	25.14		
Experimental post2	17.2	.048*	1.61 ^{^^^}
Control post2	23		
FIQ			
Experimental pre	70.06	.115	.40 [^]
Control pre	75.43		
Experimental post1	64.94	.078	.29 [^]
Control post1	68.61		
Experimental post2	58.94	.037*	.96 ^{^^^}
Control post2	72.50		

STAI RASGO (ansiedad rasgo)			
Experimental pre	40.40	.231	.12 [^]
Control pre	39,88		
Experimental post1	29.20	.037*	.73 ^{^^}
Control post1	43.13		
Experimental post2	32.20	.045*	1.15 ^{^^}
Control post 2	45.20		
STAI ESTADO (ansiedad estado)			
Experimental pre	40.40	.890	.14 [^]
Control pre	42		
Experimental post1	25.60	.024*	1.20 ^{^^}
Control post1	43		
Experimental post2	32.20	.048*	1.18 ^{^^}
Control post 2	44		

Estadísticamente significativas: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

[^] Tamaño del efecto pequeño ($d \leq .49$) / ^{^^} Tamaño del efecto moderado ($d = \text{entre } .50 \text{ y } .79$)

^{^^^} Tamaño del efecto grande ($d \geq .80$)

Con relación a la interpretación de los resultados obtenidos vamos a tener en cuenta dos aspectos diferenciales, a saber:

- Resultados obtenidos al comparar los pretest entre los grupos experimental y control (comprobación de equivalencia entre grupos).
- Resultados obtenidos al comparar los posttest entre los grupos experimental y control (posible eficacia del tratamiento).
- Para ambos casos, además compararemos las vías de la significación estadística vs sustantiva.

1. Comprobación de la equivalencia de los grupos

1.1. Mediante la vía de la significación estadística. En todos los casos los niveles de significación "p" asociados a la prueba de U Mann-Whitney han resultado $p > .05$. Ello indica que los grupos experimental y control son equivalentes en todos los casos, razón por la cual podemos afirmar que tanto los grupos experimental, como control parten de posiciones similares es cada una de las variables dependientes contempladas en el análisis.

1.2. Mediante la vía de la significación sustantiva. En un solo caso el estadístico de "d" de Cohen ha evidenciado la presencia de tamaños del efecto por encima $d > 0.5$, que puede considerarse como presencia de significación sustantiva y, por tanto, como que de partida no hay evidencias de que se trate de grupos equivalentes. El único caso es el referido a la escala de Vanderbilt. Por el contrario, en el resto comparaciones posibles entre los pretests de los grupos experimental y control el estadístico de "d" de Cohen ha logrado valores $d < 0.5$. Por consiguiente, podemos afirmar que se parte de grupos equivalentes y las posibles ganancias o pérdidas pueden deberse al efecto diferencial de la intervención con arteterapia.

2. Comprobación de posibles efectos diferenciales entre los grupos control y experimental

2.1. En la escala BECK

Si tenemos en cuenta la vía de la significación estadística (aspecto no aconsejable por el tamaño muestral utilizado) apreciaremos que no se producen diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) entre el grupo experimental y control ni en el postest 1, ni el postest 2. Ello implicaría que no habría evidencias empíricas suficientes para afirmar que, aunque el grupo experimental ha logrado niveles de depresión sensiblemente menores que el control ello sea producto del tratamiento con arteterapia. Sin embargo, si tomamos en consideración la vía de la significación sustantiva apreciaremos como en, al menos, el caso del postest 2 hay evidencias empíricas suficientes, con un tamaño del efecto de $d = .96$, para afirmar que el nivel de depresión del grupo experimental es sustantivamente menor que el del grupo control. Otra forma de interpretar los datos consiste en considerar al tamaño del efecto como la puntuación tipificada que es. De esta forma, para el caso de que nos ocupa se podría afirmar que en el postest 2 el porcentaje (%) de sujetos del grupo con media superior superados por el sujeto medio del grupo con media menor asciende al 80%, es decir, que el tratamiento con arteterapia hace que el 80% de las mujeres del grupo experimental experimente una mejoría de sus niveles de depresión de sus iguales del grupo control.

2.2. En la escala SF36- SALUD FÍSICA

En primer lugar, si tenemos en cuenta la vía de la significación estadística podemos apreciar cómo no se ha producido diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) en ninguna de las comparaciones realizadas. Por otra parte, igual que con anterioridad sólo se han producido diferencias sustantivas en el postest 2. Exactamente, se ha logrado un tamaño del efecto $d = 1.45$ que en este caso revela la presencia de algunas respuestas en el grupo de control que indican una mejora de la salud física y de algunas respuestas del grupo experimental que indican un empeoramiento de la salud física. Teniendo en cuenta el reducido número de personas, tanto del grupo experimental como de control, este resultado podría ser considerado más como un sesgo que como un resultado definitivo, ya que solo la puntuación con números extremos de una paciente podría influir en la media total del grupo experimental, al igual, que podría ocurrir cuando los resultados salen favorablemente.

2.3. En la escala SF36- SALUD MENTAL

En relación con la significación estadística no se han producido diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) en ninguna de las comparaciones realizadas. Por otra parte, también igual que con anterioridad sólo se han producido diferencias sustantivas en el postest 2. En este caso, se ha logrado un tamaño del efecto $d = 1.01$ que en este caso revela la presencia. La interpretación dada en el epígrafe anterior sería también aplicable en este caso.

2.5. En la escala de CALIDAD DE VIDA

En cuanto a la significación estadística en el caso de la escala de calidad de vida tampoco se han producido diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) en ninguna de las comparaciones realizadas. Por el contrario, en los dos postest (postes1 y postest 2) se han producido diferencias sustantivas con la presencia de dos tamaños de efecto de $d = .81$ y $d = 1.11$ respectivamente. Por consiguiente, para el caso de que nos ocupa se podría afirmar que, tanto el postest1, como en el postest 2 el porcentaje (%) de sujetos del grupo con media superior superados por el sujeto medio del grupo con media menor asciende al 85%, es decir, que el tratamiento con arteterapia hace que el 85% de las mujeres del grupo experimental tengan una percepción de su calidad de vida superior a la de sus iguales del grupo control.

2.6. En la escala de VANDERBILT

En relación con la significación estadística en el caso de la escala de Vanderbilt sí que hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en todas las comparaciones realizadas. Esto significa, que el grupo experimental (el que se ha sometido a la intervención de arteterapia) presenta un mejor afrontamiento del dolor que el grupo control en las dos comparaciones y que, además, hay evidencias empíricas suficientes como afirmar que se deba a la intervención con el tratamiento de arteterapia. También, en los dos postest (postest1 y postest 2) se han producido diferencias sustantivas con la presencia de dos tamaños de efecto de $d = 2.60$ y $d = 1.61$ respectivamente. Es decir, para el caso de que nos ocupa se podría afirmar que, tanto en el postest1, como en el postest 2 el porcentaje (%) de sujetos del grupo con media superior superados por el sujeto medio del grupo con media menor asciende a más del 95%, es decir, que el tratamiento con arteterapia hace que más del 95% de las mujeres del grupo experimental tengan un mejor afrontamiento del dolor que sus iguales del grupo control.

2.7. En la escala de FIQ

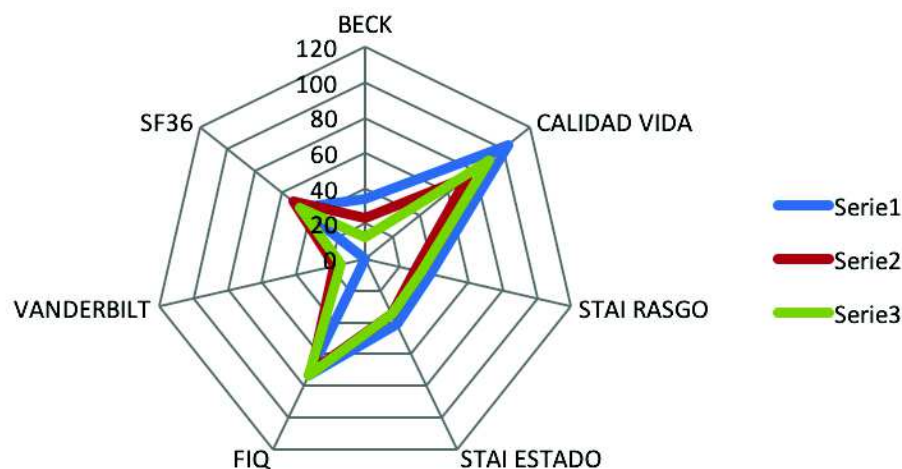
En relación con la significación estadística en el caso de la escala FIQ también hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$), pero sólo en el postest 2. Esto significa, que el grupo experimental (el que se ha sometido a la intervención de arteterapia) presenta un estado de salud menos afectado en sintomatología del síndrome de fibromialgia que las mujeres del grupo control. Por otra parte, sólo en un postest (postest 2) se han producido diferencias sustantivas con la presencia de un tamaño del efecto de $d = .96$. Es decir, para el caso de que nos ocupa se podría afirmar que en el postest 2 el porcentaje (%) de sujetos del grupo con media superior superados por el sujeto medio del grupo con media menor asciende a más del 80%, o sea, que el tratamiento con arteterapia hace que más del 80% de las mujeres del grupo experimental tengan presente un estado de salud menos afectado en sintomatología del síndrome de fibromialgia que sus iguales del grupo control.

2.8. En la escala STAI (rasgo y estado)

En cuanto a la significación estadística en la escala STAI (como rasgo y como estado) también hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$), pero sólo en los dos postest de las dimensiones. Esto significa, que el grupo experimental (el que se ha sometido a la intervención de arteterapia) presenta un nivel de ansiedad, tanto como rasgo, como estado, menor que las mujeres del grupo control. Por otra parte, también en los dos postest (en cada dimensión) se han producido diferencias sustantivas con la presencia de cuatro tamaños del efecto de $d = .73$ y $d = 1.15$ en la dimensión (rasgo) y de $d = 1.20$ y $d = 1.18$. Es decir, para el caso de que nos ocupa se podría afirmar que en los tres postest el porcentaje (%) de sujetos del grupo con media superior superados por el sujeto medio del grupo con media menor asciende a más del 85%, o sea, que el tratamiento con arteterapia hace que más del 85% de las mujeres del grupo control tengan mayores niveles de ansiedad (rasgo y estado) que sus iguales del grupo experimental.

Grupo experimental

Paciente H



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente H ha experimentado una disminución notable de 22 puntos de la depresión en relación a la primera batería de cuestionario con la tercera batería.

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa una mejoría de 2,8 en relación a la primera batería de test con la segunda batería de post test. Y un empeoramiento de 8,6 puntos en relación de la primera batería con la tercera batería.

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa que desde la segunda batería de cuestionarios post test a la tercera una disminución de 4 puntos.

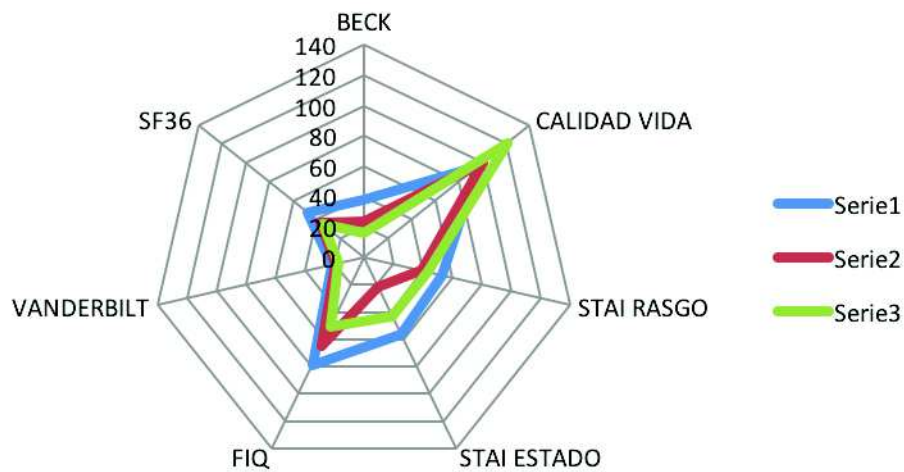
El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar que en la paciente H se ha producido una mejoría en la capacidad funcional en relación a cómo inició los talleres con una puntuación de 73,9 con respecto a la segunda batería post test con 71 puntos y la tercera batería con 63,10.

En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar una disminución desde el punto de partida de los talleres hasta la finalización de los talleres, con una diferencia de 9 puntos en la segunda batería de post test, y de 5 puntos en la segunda batería de post test.

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar una disminución de la ansiedad estado, desde el punto de partida de los talleres hasta la finalización de los mismos, con una diferencia de 6 puntos en la segunda y tercera batería de post test.

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar que desde la primera batería a la segunda los resultados informan de una peor calidad de vida y se produce un incremento de mejoría en los resultados recogidos en la tercera batería, volviendo a puntuaciones parecidas al primer cuestionario, con una diferencia de 16 puntos.

Paciente M



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente M ha experimentado una disminución notable de 22 puntos de la depresión en relación a la primera batería de cuestionario con la tercera batería.

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa un empeoramiento de 11,2 con respecto a la segunda batería de post test y de 1,7 con respecto a la tercera batería de post test.

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa una ligera disminución de los niveles de afrontamiento de 3 puntos en relación al inicio de los talleres con la segunda batería de post test y de 5 puntos con la tercera batería de post test.

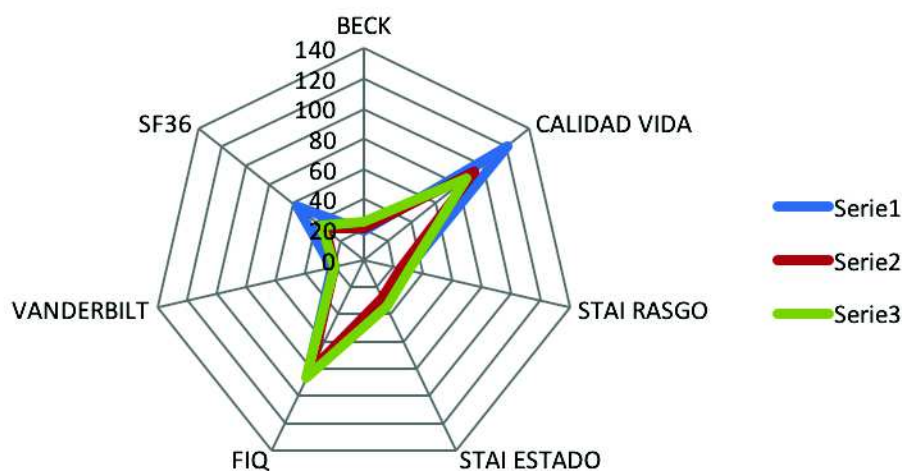
El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente M una notable mejoría en la capacidad funcional en relación a cómo inició los talleres con respecto a cómo finalizó, con una diferencia de 27.5.

En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar una disminución notable de 14 puntos desde el punto de partida hasta la segunda batería de post test y de 10 puntos con respecto a la tercera batería de post test.

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar una gran disminución de la ansiedad estado, de 32 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la segunda batería post test y de 13 puntos con respecto en la tercera batería de post test.

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar que desde la primera batería a la segunda los resultados informan de una mejoría de 4 puntos y una mejoría de 25 puntos en la tercera batería.

Paciente E:



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente E ha experimentado un de 2 puntos y de 6 puntos con respecto a la tercera batería.

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa un empeoramiento de 20.3 con respecto a la segunda batería de post test y de 30 puntos con respecto a la tercera batería de post test.

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa una ligera disminución de los niveles de afrontamiento de 2 puntos en relación al inicio de los talleres con la segunda y tercera batería de post test.

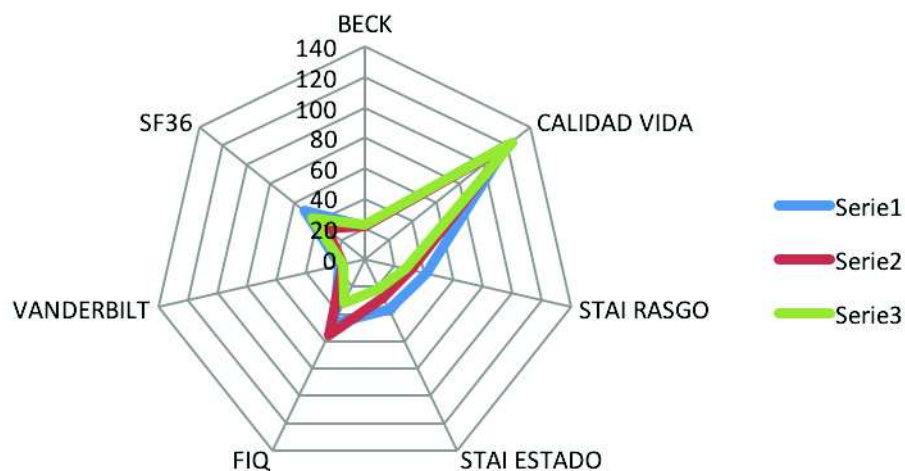
El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente E una mejoría en la capacidad funcional en relación a cómo inició los talleres con respecto a cómo finalizó, con una diferencia de 4.4 puntos y 6,7 desde la segunda batería a la tercera.

En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar una disminución notable de 4 puntos desde el punto de partida hasta la segunda batería de post test y un ligero aumento de 1 punto con respecto de la primera batería a la tercera batería de post test.

En el cuestionario Stai Estado, se puede observar una disminución de la ansiedad estado, de 4 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la segunda batería post test y un ligero aumento de 2 puntos desde la primera batería con respecto a la tercera batería de post test.

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar que desde la primera batería a la segunda los resultados informan de un empeoramiento de la calidad de vida de 28 puntos y de 6 puntos de la segunda batería en relación a la tercera batería.

Paciente J



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente J no se recoge diferencias en los tres cuestionarios, se mantiene la puntuación de 22 puntos en la primera y segunda batería y un ligero aumento de 1 punto en la tercera batería.

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa una mejoría de 2.8 con respecto a la segunda batería de post test y el tercer cuestionario no lo realizó.

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa una ligera disminución de los niveles de afrontamiento de 2 puntos en relación al inicio de los talleres con la segunda y tercera batería de post test.

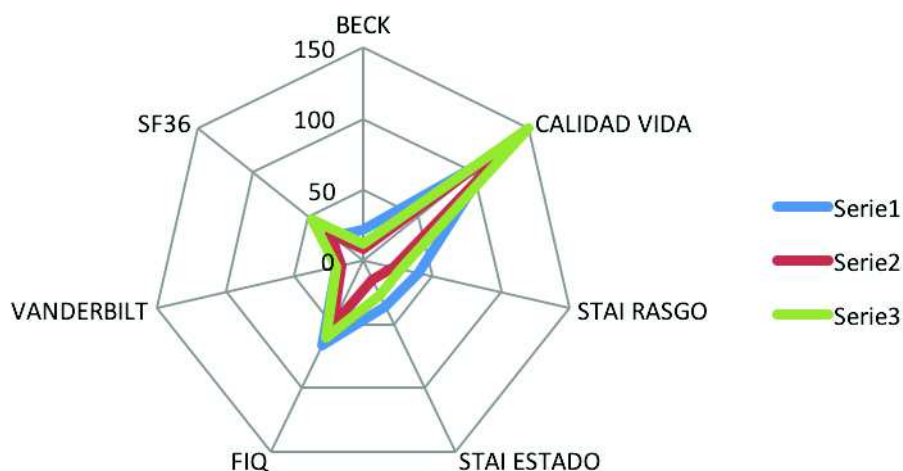
El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente J un empeoramiento inicial en la capacidad funcional en relación a cómo inició los talleres con respecto a cómo finalizó, con una diferencia de 8.4 puntos pero en relación a la tercera batería se puede observar una notable mejoría de 14.8.

En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar una disminución notable de 11 puntos desde el punto de partida hasta la segunda batería de post test y 14 puntos con respecto a la tercera batería de post test.

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar una disminución de la ansiedad estado, de 9 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la segunda batería post test y de 15 puntos con respecto a la tercera batería de post test.

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar un ligero aumento de calidad de vida de 1 punto entre la primera y segunda batería y de 4 puntos de mejoría con respecto a la segunda batería en relación a la tercera batería.

Paciente F



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente F se observa una notable disminución de 14 puntos entre la primera y segunda batería y de 10 puntos con respecto a la tercera batería.

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa un empeoramiento de la calidad de vida de 12.7 puntos con respecto a la segunda batería de post test y de 6 puntos entre la segunda y tercera batería.

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, no se observa diferencias en los niveles de afrontamiento de 20 puntos con respecto a la primera y tercer batería de cuestionarios.

El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente F una notable mejoría en la capacidad funcional de 14,9 en relación a cómo inició los talleres con respecto a la segunda batería, y de 9 puntos desde la segunda batería a la tercera batería de cuestionarios.

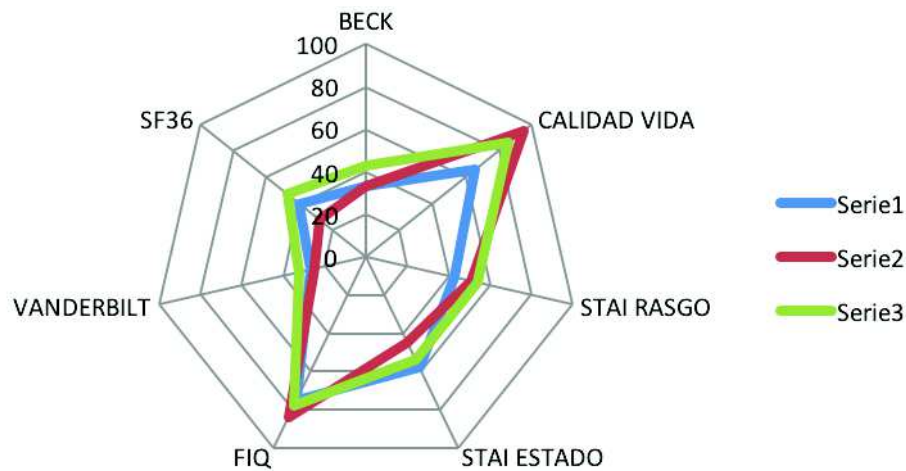
En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar una significativa disminución de 18 puntos y de 13 puntos con respecto a la tercera batería.

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar una significativa disminución de la ansiedad estado, de 21 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la segunda batería post test y de 12 puntos desde la segunda batería respecto a la tercera batería de post test.

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar un importante aumento de calidad de vida de 32 puntos entre la primera y tercera batería de cuestionarios.

Grupo control:

Paciente L



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente L se observa un aumento de la depresión de 10 puntos entre la primera y tercera batería de cuestionarios.

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa un empeoramiento de la calidad de vida de 5.4 puntos con respecto la primera batería de post test y la tercera batería.

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa un empeoramiento en los niveles de afrontamiento de 2 puntos con respecto la primera y una mejoría de 5 puntos con respecto a la tercera batería de cuestionarios.

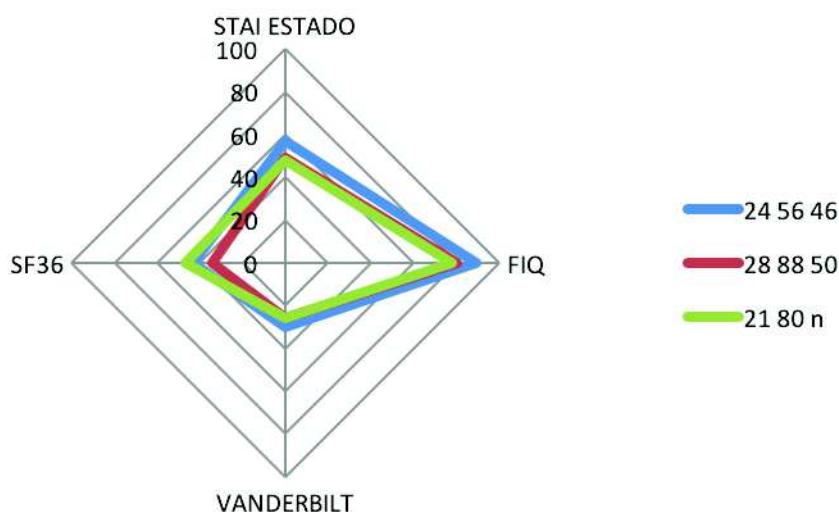
El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente L un notable empeoramiento en la capacidad funcional de 8.3 en relación a cómo inició los talleres con respecto a la segunda batería, y de 10 puntos desde la segunda batería a la tercera batería de cuestionarios.

En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar un significativo de 17 puntos entre la primera y segunda batería y de 11 puntos entre la segunda y tercera batería.

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar un notable aumento de la ansiedad estado, de 13 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la segunda batería post test y de 4 puntos desde la segunda batería respecto a la tercera batería de post test.

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar un importante aumento de calidad de vida de 29 puntos entre la primera y segunda batería; y 25 puntos entre la primera y tercera batería de cuestionarios.

Paciente R



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente R se observa un aumento de la depresión de 4 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios y posteriormente una mejoría de 3 puntos en la tercera batería.

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa un empeoramiento de la calidad de vida de 1.5 puntos entre la segunda batería de post test y la tercera batería. (La primera batería no la realizó).

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa un empeoramiento en los niveles de afrontamiento de 4 puntos con respecto la primera, segunda y tercera batería de cuestionarios.

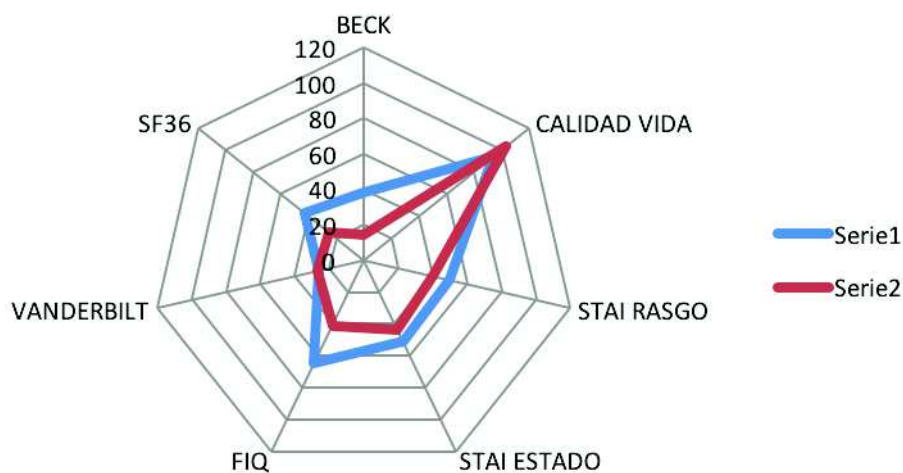
El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente R una mejoría en la capacidad funcional de 10.9 en relación a cómo inició los talleres con respecto a la segunda batería, y de 9 puntos desde la segunda batería a la tercera batería de cuestionarios.

En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar un aumento de la ansiedad de 4 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios. (El tercer cuestionario no lo realizó).

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar a diferencia del cuestionario de ansiedad rasgo una mejoría del estado de la ansiedad de 8 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la segunda batería post test y de 9 puntos desde la segunda batería respecto a la tercera batería de post test.

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar un aumento de calidad de vida de 24 puntos entre la primera y tercera batería.

Paciente X



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente X se observa un disminución de la depresión de 24 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios. (La tercera batería no se realizó).

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa un empeoramiento de la calidad de vida de 17.5 puntos entre la primera test y segunda batería. (La tercera batería no la realizó).

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa una ligera mejoría de 1 punto en los niveles de afrontamiento entre la primera y segunda batería de cuestionarios.

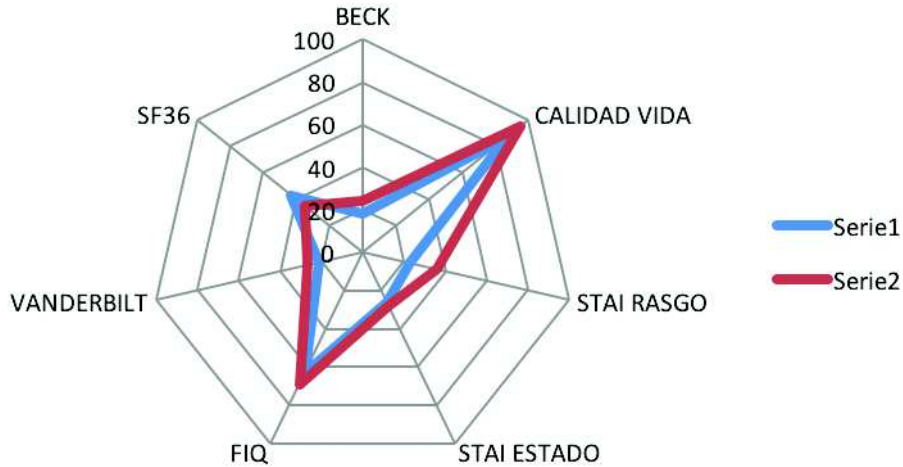
El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente X una mejoría en la capacidad funcional de 24.5 en relación a cómo inició los talleres con respecto a la segunda batería. (La tercera batería no la realizó).

En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar un significativo aumento de la ansiedad de 10 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios. (El tercer cuestionario no lo realizó).

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar un notable aumento del estado de la ansiedad de 7 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la segunda batería post test.

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar un aumento de calidad de vida de 9 puntos entre la

primera y tercera batería.
 Paciente T



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente T se observa un aumento de la depresión de 6 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios. (La tercera batería no se realizó).

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa una mejoría de la calidad de vida de 6.2 puntos entre la primera test y segunda batería. (La tercera batería no la realizó).

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa una mejoría de 6 punto en los niveles de afrontamiento entre la primera y segunda batería de cuestionarios. (El tercer cuestionario no lo realizó).

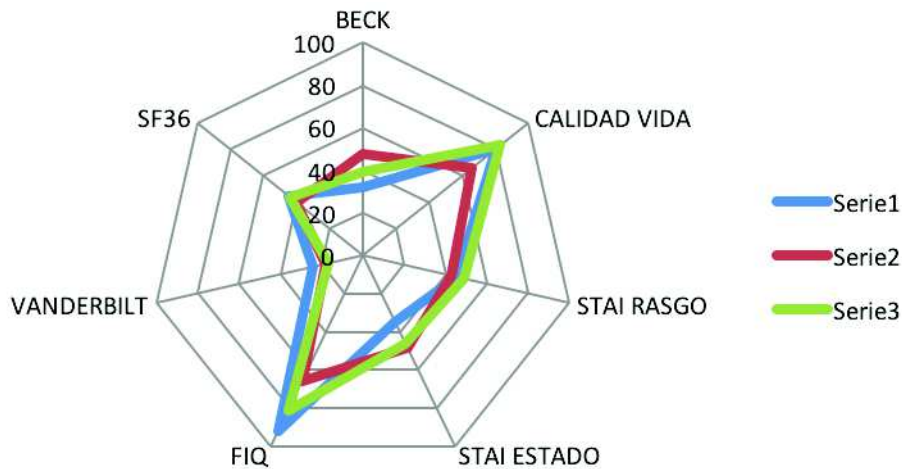
El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente T un empeoramiento en la capacidad funcional de 5.3 puntos en relación a cómo inició los talleres con respecto a la segunda batería. (La tercera batería no la realizó).

En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar un significativo aumento de la ansiedad de 13 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios. (El tercer cuestionario no lo realizó).

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar un aumento del estado de la ansiedad de 2 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la segunda batería post test. (La tercera batería no lo realizó).

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar un aumento de calidad de vida de 8 puntos entre la primera y tercera batería.

Paciente A.R



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente A.R se observa un aumento de la depresión de 16 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios y 7 puntos con respecto a la tercera batería.

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa un empeoramiento de la calidad de vida de 5.2 puntos entre la primera test, segunda y tercera batería.

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa un empeoramiento de 7 punto en los niveles de afrontamiento entre la primera y tercera batería de cuestionarios.

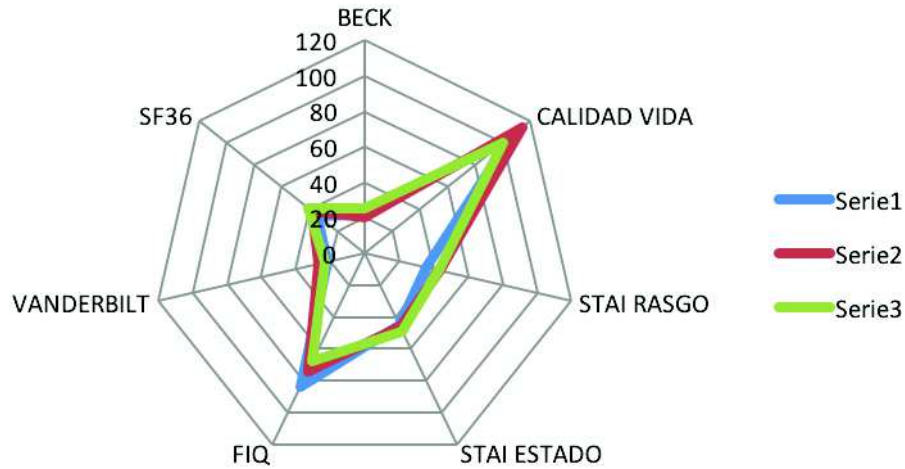
El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente A.R un mejoría en la capacidad funcional de 11.3 puntos en relación a cómo inició los talleres con respecto a la tercera batería. (La tercera batería no la realizó).

En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar un aumento de la ansiedad de 4 puntos entre la primera y tercera batería de cuestionarios.

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar un aumento del estado de la ansiedad de 11 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la segunda batería post test y de 13 puntos con respecto a la tercera batería.

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar un notable empeoramiento de calidad de vida de 14 puntos entre la primera y segunda y una ligera mejoría de 3 puntos con respecto la tercera batería.

Paciente V



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente T se observa un aumento de la depresión de 3 puntos entre la primera y tercera batería de cuestionarios.

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa una mejoría de la calidad de vida de 6.2 puntos entre la primera test y segunda batería. (La tercera batería no la realizó).

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa una ligera mejoría de 1 punto en los niveles de afrontamiento entre la primera y tercera batería de cuestionarios.

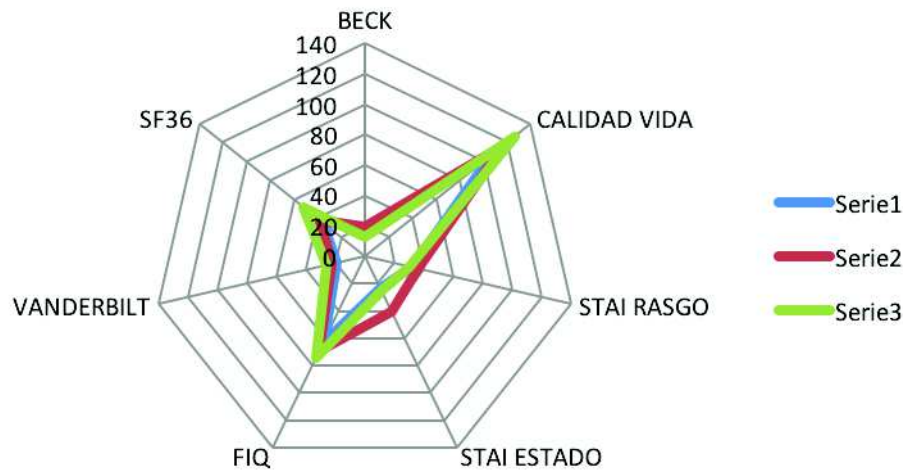
El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente V una mejoría en la capacidad funcional de 10.2 puntos y de 6.4 con respecto a la tercera batería.

En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar un aumento de la ansiedad de 8 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios y de 7 puntos con la tercera batería.

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar un aumento del estado de la ansiedad de 4 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la tercera batería

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar un empeoramiento de calidad de vida de 7 puntos entre la primera y segunda batería y de 14 puntos con respecto la tercera batería.

Paciente Y



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente Y se observa un aumento de la depresión de 1 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios y una disminución de la misma de 5 puntos con respecto la tercera batería.

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa una mejoría de la calidad de vida de 13.1 puntos entre la primera test y tercera batería.

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa una mejoría de 4 punto en los niveles de afrontamiento entre la primera y segunda batería de cuestionarios y de 7 puntos con respecto la tercera batería.

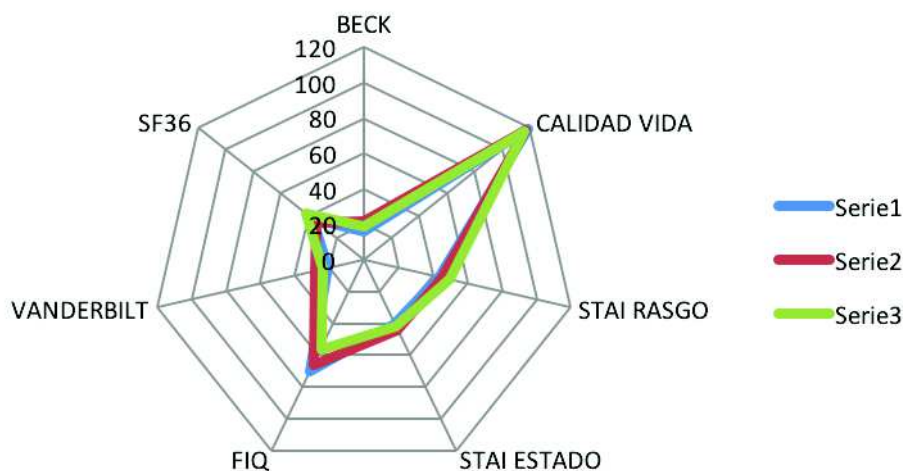
El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente Y una mejoría en la capacidad funcional de 5 puntos en relación a cómo inició los talleres con respecto a la segunda batería y de 10 puntos con respecto la tercera batería.

En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar un aumento de la ansiedad de 4 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios.

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar un aumento significativo de estado de la ansiedad de 40 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la segunda batería post test.

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar un aumento de calidad de vida de 18 puntos entre la primera y tercera batería.

Paciente W



En el cuestionario Beck que analiza los niveles de la depresión, cuyo valor más alto corresponde a un peor estado y valor más bajo a un mejor estado, la paciente T se observa un aumento de la depresión de 6 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios y de 3 puntos en relación a la tercera batería.

El SF-36 que analiza ocho dimensiones de la salud "función física", "rol físico", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional" y "salud mental", en relación a la media total de la salud física y mental se observa una mejoría de la calidad de vida de 12.1 puntos entre la primera test y segunda batería y de 6,9 con respecto la tercera batería.

El cuestionario Vanderbilt analiza las estrategias de afrontamiento del dolor, se observa una mejoría de 6 punto en los niveles de afrontamiento entre la primera y segunda batería de cuestionarios y de 3 puntos con respecto la tercera batería.

El cuestionario FIQ, que valora el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional de las pacientes, se puede observar en la paciente W una mejoría en la capacidad funcional de 4 puntos en relación a cómo inició los talleres con respecto a la segunda batería y de 10 puntos en relación a la tercera batería.

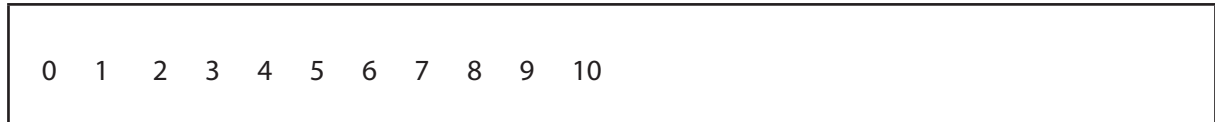
En el cuestionario STAI Rasgo, que analiza el nivel de ansiedad rasgo, se puede observar un significativo aumento de la ansiedad de 1 puntos entre la primera y segunda batería de cuestionarios y de 6 puntos con respecto la tercera batería.

En el cuestionario STAI Estado, se puede observar un aumento del estado de la ansiedad de 4 puntos desde el punto de partida de los talleres hasta la segunda batería post test y de 2 puntos con respecto la tercera batería.

En el cuestionario Calidad de Vida, que analiza la salud en relación a la percepción de calidad de vida, se puede observar un empeoramiento de calidad de vida de 3 puntos entre la primera y tercera batería.

7.6.4.2 Evaluadores de dolor y fatiga (Ver anexo 13)

Dado que el dolor y la fatiga son las características ontogénicas que caracterizan el síndrome de la fibromialgia y que está presente en todas las pacientes, se ha hecho uso de una medida de evaluación al inicio y al final de cada taller. Se les entregó a las pacientes correspondientes del grupo experimental una hoja con una línea que oscila del 0 al 10 y las pacientes tenían que poner una X señalando la intensidad del dolor y de fatiga experimentada en ese momento. La puntuación 0 señala niveles de dolor y fatiga más bajos y la puntuación 10 niveles de dolor y fatiga más altos.



A través de los siguientes gráficos se va a ilustrar las puntuaciones obtenidas de las variables del dolor y fatiga en cada uno de los talleres realizados por cada paciente del grupo experimental. Hay que tener presente que desde el enfoque psicoanalítico, el acceso a trabajar emociones sin elaborar, puede producir un incremento del dolor hasta el paso de la resistencia al insight, produciéndose posteriormente alivio y beneficios tanto a nivel emocional como físico.



ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS DE CASOS

El análisis se ha realizado en función de la transcripción de las grabaciones de los talleres, registros, cuestionarios de evaluación cuantitativa y cualitativa (utilizando el programa NVivo10), diarios artísticos de las pacientes y narraciones recogidas con notas de la observación participante. A través del software NVivo 10 se observó por un lado las palabras claves que han aparecido en cada uno de los casos y por otro lado, la relación de esas palabras con las siguientes categorías: construcción del apego, mecanismo defensa, somatización, construcción de la identidad, sesgos género, resistencias y simbolización plástica del conflicto.

Para el análisis y construcción de los casos se va a tener en cuenta como en las fases de investigación de campo anteriores, la tipología de imágenes establecida por Schaverien (1999).

Así mismo, al final de cada caso se analizará el nivel de cumplimiento de los objetivos específicos establecidos y la asociación de palabras claves recogidas en el software NVivo 10 con las categorías mencionadas.

7.7.1 Grupo control:

Corresponde a los estudios de casos que no recibieron talleres de arteterapia y cuya función principal es poder contrastar los resultados entre los dos grupos. Todos los casos sufren de síndrome de fibromialgia y se pretende poder observar si hay beneficios y/o cambios en las personas que recibieron la intervención en aquellas que no lo recibieron. Así como, observar si hubo mejoría o empeoramiento en el grupo de personas que no recibieron los talleres pero tampoco se sometieron a ningún tipo de terapia durante el tiempo que duró el estudio de investigación. (Ver entrevista y cuestionarios en los anexos 8, 9 y 13).

7.7.2 Grupo experimental:

7.7.2.1 Pacientes que abandonaron la terapia

Se va a exponer solo un caso de los tres casos que abandonaron los talleres. Y se va a ilustrar cada uno de los talleres hasta donde la paciente participó. En los talleres donde no aparezcan las imágenes se debe a principios de confidencialidad explicado en el apartado del encuadre.

7.7.2.1.1. CASO LL (LLEDA): LA USURPACIÓN DE LA IDENTIDAD

Tabla resumen de la entrevista:

Mujer de 51 años, divorciada, vive sola.

Estudios: Educación Primaria.

Diagnóstico de la fibromialgia desde el año 2005, irrupción de manera lenta.

Mal humor, sueño malo, desestabilizador, quemazón en brazos, espalda, cintura, piernas siente como si le cayese gotas de agua.

Asoció la fibromialgia a que desde pequeña ha trabajado sobrecargando al cuerpo, y empezó a trabajar en el supermercado, con mucho peso; a los trabajos de las naves de frutería que también cargaba mucho peso; y con la muerte de su hijo se le acentuó de manera significativa los síntomas. La muerte del hijo se produjo en el 2005.

El hijo murió con 16 años. Y había pasado 8 años desde la muerte del hijo cuando entró en los talleres, coincide con el inicio del diagnóstico de la fibromialgia.

Hay una correlación entre la muerte del hijo y el diagnóstico de la fibromialgia en el 2005.

Depresión, distimia, angustia, estrés postraumático, reumatismo, ansiedad, artrosis, colesterol alto, osteoporosis.

Fatiga desde hace más de 2006. Siente un hormigueo o acorchamiento por alguna zona del cuerpo, sensación de rigidez por las mañanas, cierta ansiedad inusual en usted, irritación intestinal, síndrome seco, Fenómeno de Raynaud, sensación de hinchazón de extremidades, quemazón en los brazos cuando los mantengo subidos un ratito y las piernas al subir cuesta se quedó sin fuerzas y le queman.

Asocia la fatiga a problemas y pérdida familiar; y factores físicos.

No hizo Post Test, Post Test I

Entrevista siete meses después de la intervención: no la hizo.

Descripción de los atributos sociodemográficos:

Mujer de 51 años, divorciada, vive sola. Se le ha muerto un hijo. Estudió Educación Primaria, EGB. No trabaja. Trabajó anteriormente en frutería, naves de frutas, envasado, limpieza, vendedora de libro y tuvo varias bajas laborales y fueron por la fibromialgia, se sentía rara, impotente por falta de fuerzas.

Descripción de los atributos clínicos:

Le diagnosticaron la fibromialgia hace más de cinco años y pasaron también más de cinco años desde los primeros síntomas hasta que le diagnosticaron el síndrome. Irrumpió de manera lenta y los primeros síntomas fueron: dolor de cabeza, en la parte superior e inferior del cuerpo, cansancio o fatiga y otros síntomas como, mal humor, sueño malo, desestabilizador, quemazón en brazos, espalda, cintura, piernas, sentía como si se le cayese gotas de agua.

Asoció la fibromialgia a que desde pequeña ha trabajado sobrecargando al cuerpo, no terminó EGB y empezó a trabajar en el supermercado, con mucho peso; a los trabajos de las naves de frutería que también cargaba mucho peso; y con la muerte de su hijo se le acentuado.

No tiene tratamiento farmacológico.

Antecedentes clínicos:

Depresión, distimia, angustia, estrés postraumático, reumatismo, ansiedad, artrosis, colesterol alto, depresión, osteoporosis.

Infancia y adolescencia, relaciones familiares, padres.

Empezó a trabajar a edad muy temprana, dijo haber sufrido maltrato por parte de la madre y abuso por parte del padre (quien la puso a trabajar antes de terminar los estudios), y también informó de haber sufrido violencia de género con su ex marido.

Al padre lo describió como bueno, pero de su madre pensaba que no la quería. El padre murió en 1988. Son cuatro hermanos en total. Ella es la tercera. Una hermana y dos hermanos. No tiene relaciones sociales, y los recuerdos de la escuela son buenos.

Para afrontar el dolor señaló tumbarse en el sofá y esperar a que se le pase, así consigue que se le alivie. Dijo: *"Soy dura, aguanto el dolor"*.

Arteterapeuta: ¿Hasta qué punto se ha sentido apoyado por el entorno sanitario? Respondió que no siente haber recibido ningún apoyo.

Situaciones que agravan los síntomas de la fibromialgia para ella fueron los estados de ansiedad, preocupación, enfado, sedentarismo. Situaciones o estados que atenúan los síntomas serían a través de un masaje o baño en un spa.

Las expectativas que tenía de futuro en relación a la fibromialgia era poder llevar una vida normal en todos los aspectos. Creía que si recibía ayuda y si ella se ponía de su parte podría encontrar mejoría. Como expectativas de futuro desea encontrar un trabajo que pueda realizar y estabilizar mi vida.

Fatiga Crónica:

Tenía diagnosticada la fatiga desde hace ocho años y le afectaba mucho en su vida cotidiana (recordar, concentrarse, actividades, etc).

Sentía un hormigueo o acorchamiento por alguna zona del cuerpo, sensación de rigidez por las mañanas, cierta ansiedad, irritación intestinal, síndrome seco, Fenómeno de Raynaud, sensación de hinchazón de extremidades, quemazón en los brazos cuando los mantengo subidos un ratito y las piernas al subir le cuestan, se quedaba sin fuerzas y sentía quemazón.

Asoció como suceso destacable ocurrido durante los 3 meses anteriores a la aparición de la fatiga y los síntomas asociados problemas y pérdida familiar.

Sentía mucha apatía y desgana, se definió como depresiva y ansiosa. Dijo:

"Me he encerrado en casa no trabajo ni tengo ganas de salir, todo lo pospongo. No me relaciono".

La fatiga empezó al mismo tiempo que la fibromialgia, creía que no estaba siendo tratada exitosamente. Se definió a sí misma como una persona abierta, buen sentido del humor, dicharachera, muy perfeccionista. Ahora he cambiado, no quiero ruidos, ni fiestas.

Para ella la fatiga procedía por factores igualmente físicos y psicológicos. Anteriormente tomó medicación y estuvo en un grupo de fibromialgia y duelo pero lo dejó porque sentía que no le ayudada, que ella daba mucho pero no recibía.

2. Análisis del caso de Lleda:

A continuación se va a realizar un análisis de los contenidos recogidas hasta el tiempo duración de la paciente Llega, hasta el momento que abandonó los talleres.

Temas principales

Muerte de un hijo: acentuación del malestar, diagnóstico de la fibromialgia.

Abandono del taller y de otros grupos de terapia que ha asistido.

Metáforas plásticas de simbolización del conflicto: máscara, volcán, lava, piedras.

Sentimientos ambivalentes hacia la madre: odio, rabia, hostilidad reprimida, dependencia.

Maltrato físico y psicológico por parte de los padres. Sentimiento de no ser querida.

La falta, privación y los efectos corporales.

Violencia de género y abuso sexual con su ex pareja.

Empezó a trabajar a los 9 años, en trabajos caracterizados a la sobrecarga corporal.

Modelo de feminidad vigente.

Modelo de las figuras de los vínculos fundantes segados por la heteroasignación patriarcal.

Fibromialgia y psicopatismo.

PRIMERA FASE: MI DOLOR, MI PÉRDIDA, MI FALTA...

Lleda fue una de las pacientes quien se conectó de manera muy rápida con los efectos y potencialidades del arteterapia y compartió desde el inicio de los talleres, problemáticas traumáticas sin elaborar.

En la propuesta de trabajar con su nombre, Lleda señaló que a su madre no le gustaba su nombre y por eso, accedió a que la llamasen a ella con el mismo nombre de la mujer anterior de su padre, quien había muerto de cáncer. Dijo:

“Siempre he tenido la sensación de no ser querida por mi madre”.

Si observamos la obra, llama especialmente la atención la intensidad de la misma y la dificultad de poder ver su nombre, ya que los colores se confunden entre sí, el fondo y el de las letras. No ha escrito su nombre completo sino el apodo. En la autobiografía que la arteterapeuta les solicitó en las primeras entrevistas la paciente escribió con mayor profundidad en estos aspectos:

LL: Me llamo_____. Nací el 14 de enero de 1962. Soy la tercera de cuatro hermanos. Mis hermanos varones, Manolo y Jorge, son hermanos de padre. Él era viudo cuando se casó con mi madre. Después nacimos mi hermana, Mercedes y yo. No puedo describir muchas cosas de mi infancia, no tengo apenas recuerdos...

Solo cosas muy puntuales normales y creo que sin importancia. Supongo que fue, una infancia normal, aunque creo que en mi subconsciente hay cosas que ni yo misma sé que están ahí grabadas y parece que me afectan física y psicológicamente. Algo sí que me marcó y recuerdo. No me he sentido querida, mi madre en cambio, si se descargaba dándome palizas, por cualquier motivo sin importancia. Cada día, encontraba un motivo para pegarme. Mi padre lo sabía, lo veía, pero en esos años, solo en una ocasión le escuché decirle a mi madre-no le pegues más a la niña, que siempre tienes que estar pegándole. Yo saqué mis propias deducciones de todo esto, no sé si acertadas. Mis padres no se querían. Se casaron por interés de los dos. Mi padre esta viudo con dos hijos y mi madre interna en un colegio de monjas. Mi padre le propuso a mi madre que si se casaban sería lo mejor para los dos. Mi madre cada vez soportaba menos a mi padre, a quién me decía que yo le parecía. Así que mi deducción es....por mi parecido con mi padre, yo fui la percha de los palos, de sus negativos sentimientos hacia él. Mi padre me sacó del colegio cuando aún no había terminado 8º de primaria. Mi padre tenía un negocio y quería que le ayudase en él. ...Trabajo que no era remunerado y en el cual me deje la piel y ahora veo que también la salud. Me pregunto, si quizá mi porvenir podía haber sido diferente si hubiese podido estudiar...

Por las asociaciones que la paciente estableció entre el origen de su nombre con su historia vital, se podría analizar una construcción de apego desorganizado, se podría percibir la angustia como emoción subyacente en el proceso de crecimiento que la paciente describió, en donde ella fue tratando de buscar razones por las cuales, justificar el maltrato físico y psicológico que estuvo recibiendo ante la imposibilidad de poder elaborar la realidad externa que actuaba a modo de amenaza hacia su mundo interno. La angustia frente a la descompensación psíquica.

Considero que es de especial relevancia detenerse ante el hecho de que le pusiera a ella el nombre de la mujer anterior de su padre quién murió no hacía mucho tiempo, para comprender mejor el conflicto familiar. Pareciese que en la relación entre los padres tal y como ella citó, como "insostenible y tormentosa", el hecho que ella llevase ese nombre podría indicarnos alguna relación posibles celos de la madre, y con el malestar ante una posible falta de un lugar como mujer y esposa con su marido (padre de la paciente); y en relación con su padre nos podría indicar un posible duelo sin elaborar, quien quizás de una manera inconsciente, trató de mantener vivo el recuerdo de su anterior mujer a través de la persona de Lleda. Desde edades muy temprana Lleda ha vivido en un entorno marcado por el maltrato y las exigencias exteriores, en donde, ha podido ser utilizada como objeto a disposición de la demanda del Otro, y como objeto (chivo expiatorio) donde depositar la falta y privación de su madre, tal y como la paciente citó que dado que su madre no soportaba a su padre depositaba en ella toda su frustración.

Ello nos permitiría analizar en el lugar donde se ha colocado a la paciente, que sustituiría el lugar de una mujer muerta, que tendría ver con el deseo del padre y con la frustración de la madre. Y como todo ello podría haber influido en que la paciente no haya tenido un lugar propio, porque su lugar ha sido investida por ese Otro, que le ha dado el lugar de la madrastra muerta, produciéndose de tal manera, una repetición de la posición de su madre, de no lugar. Este no lugar podría haber sido transmitido a modo de herencia transgeneracional y se podría relacionar como efecto nocivo hacia la salud de legado patriarcal.

Posiblemente, la madre actuase de esa forma porque ella tampoco pudo ocupar el lugar que le correspondería y desearía. Adentrándonos un poco en la realidad de la madre, por este deseo y necesidad de tener un lugar, de ser reconocida, ante la falta de reconocimiento -hasta el punto que

permitiese que su hija llevase el nombre de la mujer anterior (que aunque esté muerta podría ser una especie de competencia inconsciente)-, sería lo que pudo influir en ese trato tan marcado de agresividad, odio, rabia y frustración hacia su hija. Lleda lo vivió como que la madre descargaba sobre ella toda "su mierda" (citado por ella). Cuando la paciente habló del maltrato recibido por su madre, se podría abrir el interrogante ¿cómo la madre la iba a querer? de alguna forma, le han colocado el muerto encima. Posiblemente, la madre en esa búsqueda de reconocimiento de un lugar, a través del matrimonio, le condujo a una falta mayor de reconocimiento, a aceptar un matrimonio de interés antes que no encarnar el ideal de mujer asociado a la construcción identitaria de feminidad. La madre (posiblemente también habría vivido situaciones marcadas por la dificultad en la infancia). Estaba en un convento cuando su padre fue a buscar a una esposa tras la muerte de su mujer y el motivo de su matrimonio fue fruto del convencimiento de su padre, de que ella estaría mejor con un hombre (aunque no lo amase) que sola, y que el matrimonio llenaría una falta que ella sola no podría llenar. Se podría analizar las confusiones presentes entre las presiones sociales sesgadas por el patriarcado sobre la construcción de lo correcto de "ser mujer" (al matrimonio, y cuidado de hijos), con las frustraciones internas de verse envuelta en una relación sentimental que no le llenaba e incluso le afectaría de manera negativa a su salud emocional, como consecuencia de la construcción de una relación vincular donde parece que tiene una posición subjetiva de invisibilidad.

Así mismo, otro material interesante que se recogió durante los talleres, fue la frustración que describió Lleda, cuando describió el proceso de ser sacada del colegio para entrar a trabajar con el padre en el negocio familiar. Observamos que a edades muy tempranas tuvo que adquirir responsabilidades mayores para la madurez tanto física como psicológica que tenía, ya que a la edad de 9 años se es aún una niña.

Estos fragmentos de historia de vida que la paciente va hilvanando entre la obra con sus recuerdos, nos permitiría analizar que el dolor (síntoma característico de la fibromialgia) ya estaba muy presente a edades muy tempranas, y abrir las reflexiones en torno al: el dolor como herida ante el abandono, la ausencia de figuras sostenedoras que le posibilite una construcción de sí misma propia; el dolor, como huella que porta los traumas sin elaborar de sus padres.

Racionalizar la angustia, a través de una explicación justificada "*mis padres no se querían y lo pagaba conmigo*" podría calmar de tal modo, la angustia, y la culpa que parece existir de manera subyacente, con el hecho de no ser querida por ella misma.

Significativamente, al igual que en otros estudios de casos, describió la relación con el padre mejor que con su madre, señaló que el padre regañaba a la madre cuando ella le pegaba, pero también se pudo observar la imposición de la mirada paterna, que priorizaba las necesidades económicas y propias de él, a las necesidades de ella de querer estar en la escuela para aprender y para poder ser niña, en lugar de convertirse en una adulta de manera anticipada. Aunque la relación con el padre pareciera mejor, podría haber sido fallida porque el primer vínculo de dos (madre e hija) ha sido marcado por el conflicto.

Desde la orientación psicodinámica, las primeras relaciones objetales (padres) durante el periodo de los tres primeros años, constituye una "marca" psíquica que tal y como señala la palabra, marcará al sujeto para el resto de su vida. En este texto se establecería estas primeras huellas como atisbos presentes en la base psíquica de la paciente que a modo de impronta inicial, el dolor, la falta/privación/ausencia y el maltrato, podrían haber actuado como factores presentes en la angustia existencial que ha narrado, y a su vez se podrían establecer una relación con el dolor que vive la paciente, a través de la fibromialgia.



Imagen 29 (está cortada para que no se vea el nombre de la paciente).

Otro hecho significativo que tuvo lugar en el primer encuentro de los talleres de arteterapia, fue que la paciente contó el trauma vivido por la pérdida de su hijo en un accidente de moto a la edad de 16 años. Su hijo no murió al acto, sino que estaba en la UVI, en coma, debatiéndose entre la vida y la muerte y ella tenía que tomar la decisión si operarlo con posibilidad de quedarse en estado vegetal o dejarlo morir. A su vez, contó la manera tan brusca y con poco tacto que su ex marido se lo comunicó. Fue un momento donde parece que ella vivió una completa y desbordante indefensión, con marcados sentimientos de culpa al tener que tomar una decisión tan importante. Finalmente el hijo murió a los pocos días y a partir de su muerte, fue cuando ella relató que se le acentuaron síntomas de dolor que ya tenía previamente, pero ahora de manera extrema, desencadenándose la fibromialgia. Hasta ahora, podíamos recoger material decisivo sobre la traumatización de la infancia, pero posiblemente, no fue hasta este suceso tan fuerte e impactante en su vida, en donde podría haber actuado a modo detonante de todo lo acumulado. Para poder trabajar su infancia, habría que trabajar previamente el duelo de la muerte de su hijo, un duelo que tras 8 años parece que no ha sido elaborado.

Llega en la asociación libre de la palabra asoció la pérdida de su hijo, con la creatividad como una vía para aliviar, calmar el dolor y como acompañamiento en el proceso de duelo. La paciente recordó a través de la obra creada, que cuando perdió a su hijo y estaba completamente destruida por dentro, sin saber por qué, empezó a crear bisutería durante un tiempo y realizar dicha actividad creativa le ayudó en el proceso de duelo.

La actividad artística posee cualidades terapéuticas que se movilizan espontáneamente tan pronto la persona produce un objeto artístico, a esta modalidad artística se denomina "Art and Healing" (López, 2009) y en los talleres de arteterapia estas propiedades terapéuticas se activan en la primera fase de la práctica creativa.

En el segundo taller se trabajó con la presentación del nombre. Este taller se observó durante el proceso una constante risa, pero esas risas derivaron a actos cercanos a lo compulsivo, al nerviosismo, a la dificultad de autocontención; hablaba mucho en alto, se movía, podríamos pensar en las dificultades que se pusieron en juego a la hora de acometer una obra en la cual definiese aspectos de su identidad. En la tensión despertada ante el material emergente marcado por la angustia a la hora de tener que conectar con quien era ella. La risa, podría ser el efecto de una defensa. Como un quizás no puedo con la angustia, con el malestar que me genera aspectos de mi identidad en conflicto, que me río constantemente para evitar de tal modo, conectar con el sufrimiento.



Imagen 30

La imagen 2 se podría catalogar teniendo en cuenta la tipología establecida por Schaverien (1999) como imagen diagramatical, en donde a modo de mapa conceptual fue creando un esquema de trazos, fragmentos, y donde empezó a ligar lo estético con lo emocional. Este tipo de imágenes actúan como precedente a otras imágenes con un carácter corporal de la emocionalidad más profundo. Ahora se manifestaría una búsqueda de una ordenación ideativa más profunda y que sirven principalmente a la arteterapeuta para poder identificar y ordenar el material intrapsíquico emergente.

A través del material recogido durante el proceso creativo, se podría pensar que Lleda encarnó en su cuerpo durante el proceso, la angustia que se le despertó y una vez finalizado el proceso y creado la obra, ella cambió, estaba seria, triste, le dolía mirar su obra, sentía que ella ya no era nada de lo que un día llegó a ser, podríamos entender que se podría haber conectado con ese sufrimiento que trataba de evitar mediante la risa. En la imagen de la izquierda se representó a ella de joven, se definió como dicharachera, alegre, con fuerza; en la imagen de en medio, se identificó a ella como el inicio del deterioro, del malestar, el dolor y en la última imagen, se representó a ella sola, sin fuerzas, depresiva, teniendo en frente un camino de piedras. A modo de reflexión se podría relacionar el camino de piedras, con su cuerpo, las piedras por la asociación que ella estableció con las dificultades, como todas esas dificultades presentes en su infancia, que ha ido negando, arrastrando, acumulando y sobrellevándolas como podía en las dos primeras figuras de mujeres pintadas, y que ahora se han juntado todas convirtiendo su cuerpo en un cuerpo lleno de piedras, y desde ahí relacionar estos elementos estéticos como metáfora de la fibromialgia. El camino acumulado de piedras, podría representar la fibromialgia, entendiendo la fibromialgia como una acumulación de síntomas (piedras) que dan lugar a un síndrome. El malestar que analizamos, podría reactualizarse y crear patología más graves cuando se produce acontecimientos vitales marcados por el trauma y entre la patología, la fibromialgia podría ser una manifestación

somática extrema del dolor existencial, a modo de introyección hacia el cuerpo. Broco (2007:51) decía que cuando un sujeto *se ve dañado su organismo por la enfermedad, se puede producir la "condición traumática del sujeto" que reedita su desamparo y las dependencias originales, por eso despierta fenómenos de angustia tan potentes y se movilizan ante ella tantas afecciones*".

La arteterapeuta le dijo a la paciente cuando observaban conjuntamente la obra, que le llamaba la atención que al inicio del camino había una apertura y al final del mismo no había un cierre, sino que conducía a un lugar que no se veía, por lo que podría estar abierto a muchas posibilidades. Le señaló que el camino estaba lleno de piedras, pero que también había mucho camino sin piedras, por donde poder andar, un camino como una oportunidad. En arteterapia, las piedras se presentarían como oportunidades para empezar a mover el dolor interno, como elementos que ahora podrían verse mientras que antes estaban en una completa represión. La imagen en arteterapia le posibilita conectar con el material somático, con la memoria implícita que está desligada de la memoria explícita (Appleton, 2001 y Chapman et al, 2001; Prett & Ostroff, 1985; Haward, 1990; Klorer, 2000, McRums, 1999), de la palabra, y empezar a construir puentes para poder reconstruir la propia historia con nuevos significados, en donde poder trazar vínculos de continuidad entre su pasado y su presente.

La paciente entendió lo que le dijo la arteterapeuta pero estaba asombrada por la imagen¹ que había creado, y la toma de conciencia de los cambios en su estado emocional conforme había pasado el tiempo. Lleda dijo:

"...Me duele ver que ya no soy ni la primera ni la segunda imagen de mi misma".

Dada la respuesta de la paciente dentro del taller, parece ilustrarnos que sufrió un cierto desbordamiento para recoger el material que la imagen desde la función de espejo le estaba devolviendo sobre sí mismas. Pudo tomar plena conciencia del proceso de deterioro, a nivel identitario y se conectó con el dolor al darse cuenta que no podía reconocer a la mujer que un día creyó ser. A través de esta obra se conectó con tanto dolor, que sufrió un proceso de somatización y faltó al siguiente taller. Estas reacciones nos permitirían relacionar con las posibles funciones y modo de funcionamiento de la fibromialgia como vehículo de evitación del no sostenimiento de su dolor, que la llevó a un abandono de su mundo emocional.

En la actividad creativa se pretende centrar la actividad en un "ahora" pleno, momentáneamente desligado de sus causas y sus consecuencias y desde ahí la arteterapeuta trató de centrarse en el camino donde no había piedras, como un señalamiento de ese vacío como oportunidad de trabajo.

Pain (2008: 41-42) en *Sentido Figurado*, abordó la dimensión psíquica y estética del desasosiego. *"Uno de los rasgos característicos del matiz afectivo del desasosiego es su relación con el tiempo. Implica una representación del tiempo, como un vacío que debe de llenarse, ya como un lugar de paso. Es una expresión del deseo de dominar el inexorable paso del tiempo. En la representación plástica, esa relación con el tiempo aparece a menudo en los gestos de impaciencia, en la utilización de materiales perecederos, en las marcas de la improvisación, de las rupturas abruptas del ritmo y la armonía. En la obra que está haciendo es fundamental considerar la articulación entre el tiempo vivido y el representado ya que en esta relación suele estar la causa profunda de muchos de los trastornos de la personalidad. Los sentimientos de pérdida, olvido y temor están ligados al tiempo que pasa. La angustia provoca la construcción imaginaria de un pasado de lamentos y un futuro presentido como*

¹ Pain (2008: 95) El discurso psicológico usa la palabra imagen en tres variantes: fantasía y ensoñaciones diurnas; identificación corporal en el espejo, donde la imagen es constitutiva del ego especular (por oposición al ego simbólico, prenominal) y, la imagen material.

amenazante, fantasías que están siempre presentes en la base de los estados de ansiedad. Entre los dos, el sujeto se encuentra en un presente que es un vacío que no aprovecha”.

En la autobiografía que se les solicitó al inicio de los talleres, Lleda escribió lo siguiente:

A los 19 años me casé, se repitió la historia de mis padres. Pensé que así se solucionaría mi vida. Saldría de la rigidez y el maltrato y mal ambiente de mi casa, me salí de Guatemala para ir a Guatepeor. Encima mi ex marido, era un vago. Siempre he trabajado y aportado todo y para todo. Siempre he sido un persona permisiva, conformista y sumisa. Mi ex marido estaba encantado de mi (más bien, de lo imbécil que era). Él le decía a mi madre...que buena es su hija...Al principio “bien”. Fueron diez años de matrimonio. Pero en la vida, hay un momento en el que ya no se puede más y se cambian la actitud, o se deja un poco de ser una marioneta. Eso, no le gustó a mi ex marido. Yo ya había advertido antes de casarnos que era una persona violenta, por diferentes motivos y circunstancias vividas (pegaba incluso a su propia madre) pero mientras le dabas la razón y le hacías sus gusto, todo estaba bien. Aun así, con el tiempo...empezó a pegarme y a maltratarme física y emocionalmente. Me insultaba, humillaba, me amenazaba. Me decía que me iba a rajar, que me iba a tirar por el balcón y cosas así. Cada vez lo hacía más a menudo y lo hacía incluso delante de mi hijo. También me pegaba delante de mis padres o de mi hermana. Es como si se transformara y le daba igual quién hubiese delante. Lo triste es que nunca tuve quién le parase los pies. En una ocasión me forzó a practicar sexo, de una forma agresiva y brutal. Yo vivía asustada. Cuando escuchaba la puerta a su regreso me ponía a temblar. Me quedé muy delgada debido a mi estado de nervios y lo mal que lo estaba pasando. Llegue a temer por mi vida. Le puse varias denuncias, las cuales al final cometí el error de retirar... no podría soportar los malos ratos que pasaba mi hijo cuando veía como su padre pegaba a su madre y lloraba pidiéndole a su padre que no me pegara, a pesar de lo poquito que hablaba todavía, por su corta edad.

...Desde que murió mi hijo entré en un bucle de malestar físico y emocional. Me encuentro fatal. Perdí mi trabajo por mi mal estado de salud, tanto físico como psíquico, y cuando lo he intentado de nuevo, no consigo llevarlo adelante. Mi dolencias por la fibromialgia, diagnosticada con anterioridad, así como mi artrosis y mi depresión que iba sobrellevando se acentuaron la pérdida de mi hijo y cada vez he ido a peor. Me dan a menudo ataques de ansiedad, que me hacen meterme en cama. Tengo una gran depresión...La impotencia y la desesperación al verme así, es muy grande. Siento que no seré capaz de retomar mi vida con normalidad...Tengo mucho dolor dentro de mí...

Es significativo cuando ella describió el maltrato vivido por su ex marido, que lo más triste fue no haber tenido apoyo por sus padres o por alguien que la defendiese. Este dato nuevamente nos arroja luz de la situación de indefensión a la que se podría haber visto sometida desde edades muy tempranas.

Seligman (1975), describió la indefensión como aquel estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables. Así mismo, un acontecimiento incontrolable será aquel en el que no podemos hacer nada para cambiarlo, es decir, se haga lo que se haga siempre ocurrirá lo mismo. El sentimiento de indefensión produce a su vez un sentimiento de incontrolabilidad manifestada a través de una gran variedad de perturbaciones conductuales, cognitivas y emocionales. El autor señala que las personas pueden volverse pasivas frente a las situaciones traumáticas, o no ser capaces de resolver problemas discriminativos sencillos, o retrasar la iniciación de respuestas agresivas y defensivas, o disminuir la motivación para responder, así como, bloquear la capacidad de percibir sucesos, incrementar la emotividad, e incluso contraer úlceras de estómago.

Una vez más el dolor, la tristeza que despliega a través de sus narrativas resultantes de sus proceso creativos, nos permitirían analizar con mayor profundidad, la fijación de puntos de su subjetividad

marcado desde la infancia. Bleichmar, (2001) invitaba a profundizar cuando se analizaba un caso en el inconsciente de la paciente, en las identificaciones inconscientes constituyentes del sujeto, en la influencia que la conducta de los padres ejercieron sobre los síntomas y el carácter del paciente, es decir en los procesos estructurantes que no resultaron de la represión de contenidos intolerables para la conciencia. Tener en cuenta este material, nos ayudaría a pensar cómo, quizás la elección de amor en la pareja sentimental, podría responder a la repetición del abandono y maltratado vivido por sus padres y ahora, se reeditaría a través de su ex marido. Los efectos del trauma no posibilitan crear modos relacionales desligados a los acontecimientos fijados, inmovilizando su campo de acción, de libertad y de búsqueda desde sus deseos y necesidades. La marca estructurante tendría que ver con la privación. En la evolución como construcción de sujeto, desde la subjetividad, podría haber sufrido puntos de anclaje, que harían que ella de manera inconsciente repitiera en su presente las relaciones vinculares objetales, y ello a su vez, nos ayudaría a entender el por qué ha permitido estar envuelta en una relación de maltrato con su ex pareja durante diez años. Posiblemente, lo ha permitido y tolerado porque no ha vivido, ni conoce otro tipo de relación y por ello, quizás, la paciente no podía más que repetir los traumas procedentes de esas primeras relaciones. A partir de este material, podríamos establecer la asociación entre el abandono y maltrato recibido a lo largo de su vida, con la fibromialgia, como un modo de auto maltrato, como un censor que se ha interiorizado a modo de inversión interna, y la fibromialgia podría estar actuando con una función que perpetuaría los efectos traumáticos sin elaborar. Se podría abrir la reflexión de cómo aquello que no pudo ser pensado por la paciente, no pudo ser elaborado, podría ubicarse en el cuerpo ante la imposibilidad de no poder estar en otro lugar, ni en la simbolización, ni en la palabra, haciendo una introyección del dolor, tal y como ella citó en el texto *"tengo mucho dolor dentro de mí..."*. Considero esta frase muy ilustrativa, que nos podría comunicar que el dolor es tan grande que solo puede vivirlo corporalmente, desplazando el dolor emocional hacia el dolor físico, mediante la tensión muscular, como imposibilidad de hacer uso de otras vías de elaboración.

Los mecanismos de defensa que actuarían a través del cuerpo con efectos nocivos, a modo de interiorizaciones, de inhibiciones, podría ser mecanismos adaptativos condicionados por la construcción social (López, 2013; Chávez, 2008) que se ha hecho en torno a la feminidad y su relación con la actual clínica diferencial de la mujer² y desde ahí abrir el interrogante de la fibromialgia como una rama que aunaría un extremo de somatizaciones con sesgo de género. Freud (1933) destacó del superyó femenino, la coerción de la libido, la autoviolencia corporal más extrema, la renuncia junto a la actividad de sus anhelos y su saber.

Para Deutsch (1994: 251) hay una íntima relación entre el origen del masoquismo y la pasividad femenina y ambos derivarían de la *"constitución femenina y de un mecanismo de reversión instintiva, que desvía hacia adentro las energías dirigidas hacia el mundo exterior"*³, siendo este mecanismo de desviación de lo activo a lo pasivo lo que impregnará toda la vida instintiva de la mujer. Diferencia el masoquismo femenino moral sería la consecuencia de culpa inconsciente al servicio del autocastigo. El autor decía: *"la atracción ejercida por el sufrimiento es incomparablemente más fuerte para las mujeres que para los hombres, pero lo que más contribuye al desbordamiento femenino y le da su carácter autodestructivo es el masoquismo moral, la sensación de culpa y sus efectos"*.

2 Tubert (en Corral 2007: 16) La feminidad no consiste en un contenido fijado sino en una multiplicidad y diversidad de formas en que un sujeto se construye como tal en el seno de la diferencia. La feminidad podría significarse en una variedad de símbolos, abriendo una vía que fueren a hombres y mujeres a salir de la dicotomía. El cuestionamiento de los significados que se asignan a la feminidad y a la masculinidad implica reconocer que los deseos singulares se organicen en un juego de diferencias: no solo entre hombres y mujeres, sino también entre mujeres, entre los hombres, en el seno de cada sujeto.

3 Deutsch en la descripción psicológica de la mujer enfatiza que el rasgo de la feminidad más fuerte es la tendencia hacia la pasividad, y la intensificación del masoquismo que en todas las fases de la vida femenina encontraría su expresión. En la mayor parte de los tipos femeninos se derivarán del juego entre narcisismo y masoquismo. Estos tres rasgos: pasividad, narcisismo y masoquismo se desarrollan a partir del interjuego entre la vida instintiva de la mujer (carácter pasivo-masoquista), los componentes narcisistas del yo y los precursores emocionales de la maternidad.

Así mismo, me parece interesante también subrayar por las definiciones que la paciente hacía de sí misma, con características psíquicas presentes en el modelo de feminidad vigente "conformista", "sumisa", "marioneta", etc., con los estados de malestar también asociados a la clínica diferencial de la mujer: depresión, ansiedad, apatía, impotencia, desesperación y total soledad (Chavéz, 2008; Tavora, 2008 Levinton, 2004/2011).

En el taller 4 se trabajó con la técnica del dripping, hacer manchas y pintar lo que le sugiriera la mancha.

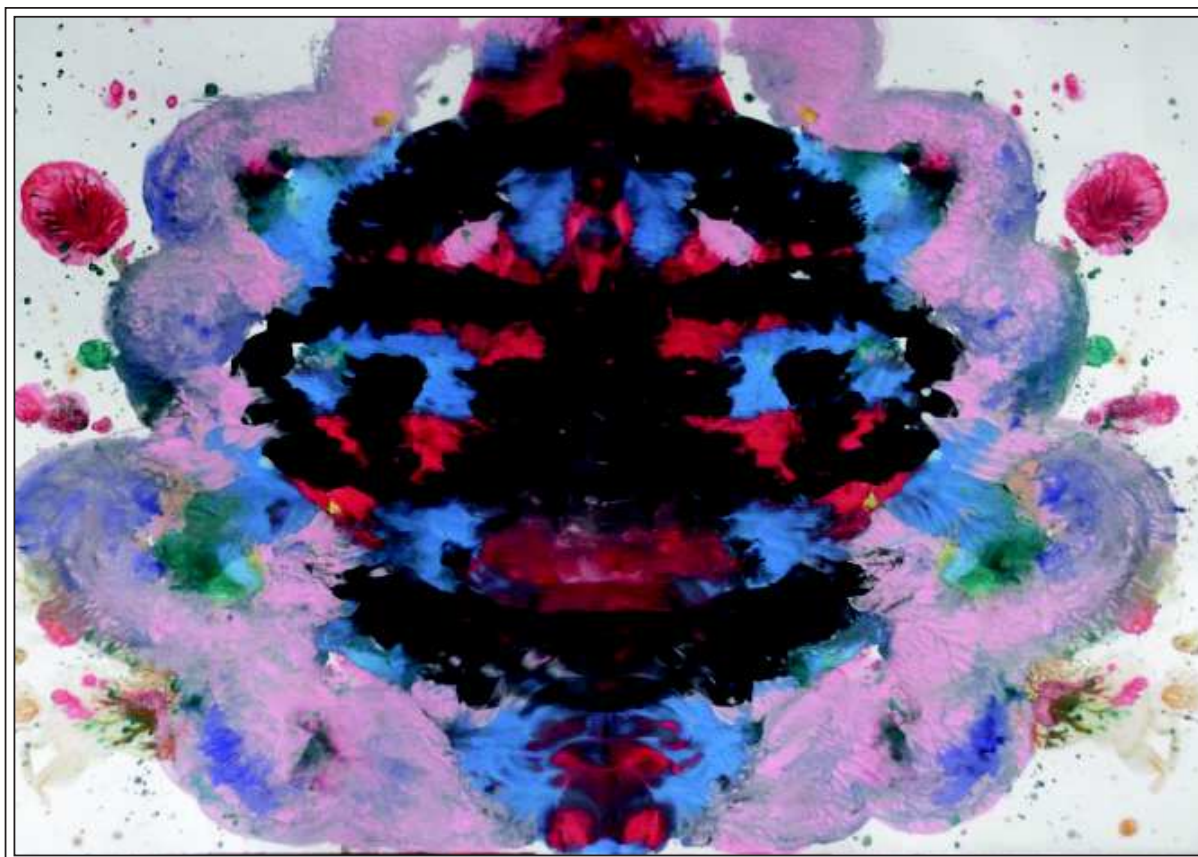


Imagen 31

Durante el proceso creativo la arteterapeuta observó que la paciente se peleó con el soporte, miraba su obra, no le gustaba, parecía como si intentase aplastarla, la golpeaba, echaba color y volvía a golpear. En el turno de palabra dijo que era una máscara, no podía ponerle palabras a sus emociones, solo dijo que ella cuando se encontraba peor aparentaba ser fuerte, alegre, pero en el fondo estaba muy mal.

Esta narrativa podría hacernos pensar en la obra anterior (en donde ella se representaba en la figura de 3 mujeres), en la cual, la primera imagen ella se representó a sí misma, joven, dicharachera, etc., ella en ese momento de su pasado pensaba que estaba bien pero a nivel inconsciente podría ser una máscara donde trataba de ocultarse y un preludio de las siguientes representaciones que hizo donde se observaba un decaimiento mayor.

En esta imagen fue interesante señalar como la mancha de color negro estaba rodeada de un límite rosa que lo recogía y la atribución que le daba la paciente con emociones en conflicto, con su estado emocional marcado por el dolor.

Definió la máscara como el símbolo que representaba la doble cara, la cara que tenía que poner ante los demás para no ser rechazada y no quejarse, pero en el interior estaba muriéndose, y también representaría la rabia. La máscara ha sido una imagen que estaba apareciendo a nivel grupal al igual que la espiral, y el color negro como representante del conflicto sin elaborar.

Paralelamente, en este taller, la paciente María (las imágenes de ambas se parecen), se puso a llorar, se sentía muy mal por la vida que ha recibido por su madre, dijo haber sufrido maltrato físico y psicológico. Lleda se identificó con María e intentó ayudarla, hablándole del perdón, de la importancia de perdonar al Otro para poder avanzar en la vida. Para Lleda esta sesión fue muy intensa en relación al suceso ocurrido con María. Dijo que cuando volvió a su casa, revivió su propia historia, concretamente su relación con su madre, en donde se activaron sentimientos ambiguos de hostilidad, odio, angustia y rabia.

Deutsch, (1944) decía que la ambivalencia generadora de conflicto impulsa a la identificación con un objeto maligno, punitivo, doliente, pudiendo encontrarse en la base de esta activaciones los sentimientos de culpa y/o agresivos.

Se produjo una parada de dos semanas sin encuentro de talleres. En el siguiente taller, se trabajó con la propuesta del material del acrílico. Lleda cogió el mismo soporte que en el primer taller, de color naranja. Denominó su obra "Explosión". Es una obra muy intensa, cargada, tiene una estética ciertamente alarmante, donde se ha producido un desbordamiento de la lava de la montaña que se expande por todo el cuerpo artístico. Esta imagen se denominaría como imagen "corporeizada" (Schaverien, 1999), en donde la imagen encarnaría emociones sin elaborar aún por la paciente.



En el turno de palabra anunció que dejaba el grupo. Dijo que ella había estado en otros grupos y que se ha prestado pero que cuando ella lo ha necesitado la gente no ha estado allí. Se podría pensar que Lleda estaba expresando a modo inconsciente un posible miedo a no ser sostenida y abandonada por este grupo. Dijo que este taller le recordó al último que estuvo de duelo, que también lo abandonó.

Se podría relacionar esta obra con la imagen del camino de las tres mujeres. Ahora, el camino es de lava, y el volcán podría representar a su hijo (el detonante que ella asoció con la fibromialgia, la explosión vivida a modo de irrupción en su vida tras el impacto de su muerte, así como, se podría relacionar también, por la asociación que ha hecho de este taller con la terapia de duelo de la muerte de su hijo que no terminó); podríamos pensar que el abandono de la paciente de los talleres podría ser en cierta manera, el miedo y la angustia despertada a que si anda por ese camino se va a abrasar. Es tanto el dolor, y el arteterapia le conectó tanto con la sombra, que la única vía que le parece posible es el auto abandono (acto de repetición) como respuesta al desbordamiento que no podría sostener.

Aunque la paciente decidiese abandonar los talleres, considero que fue muy significativo que en el plano creativo la paciente se conectó con otras áreas de ellas misma, como por ejemplo, el título que le dio en su diario artístico a la primera obra del camino con tres mujeres, "la oportunidad". Y esta obra más allá de lo que ella pudo articular verbalmente, podría indicarnos que sí había una oportunidad para trabajar el dolor. Se podría pensar que los mecanismos de defensa fueron más fuertes impidiendo a la paciente acompañarla en el proceso de desfijación del punto de anclaje de la imposibilidad, del abandono, a otra posición que aun siendo muy dolorosa, como nos podría indicar las quemaduras de la lava, podría ser posteriormente, menos dolorosa que la rigidez de la repetición de una soledad patologizada a través del síndrome que le impide ser o construirse más allá de los límites del trauma, a otra posición donde se permitiese conectar con la posibilidad. Así como, señalar la simbología entre uno de los síntomas físico que la paciente señaló en la primera entrevista semiestructurada, dijo: "*siento quemazón en la piel*" con el elemento simbólico, la lava. La piel como esa frontera limítrofe entre el interior y el exterior.

El arteterapia trabaja desde la salud y no desde la patología y ello posibilita a que la paciente pudiese trabajar desde lugares diferenciados a otros espacios, y crear "nuevas repeticiones" mediante la creación de imágenes internas. En el poco tiempo trabajado se podría recoger una apertura de la contención del dolor. Esta posibilidad que planteo se manifestaría desde el plano inconsciente de la paciente, siendo reprimido y resistido por la conciencia de ella tal y como se manifestaría mediante el abandono de los talleres, pero considero que sí podría suponer una apertura a ese cuerpo hermetizado por el dolor y ha permitido recoger material ilustrativo de los mecanismos de defensa y modos psíquicos.

La arteterapeuta como devolución final le dijo:

...Me llama la atención este nuevo camino también sin piedras, vacío de obstáculos, como una oportunidad para poder trabajar ese vacío y angustia que parece sentir cuando te conecta con tus emociones.

Desde el arteterapia con enfoque psicodinámico se entiende que cuando una paciente abandona, muchas veces tiene que ver con que eso que presenta de una forma visual, que habla de su dolor, de forma encarnizada, le conecta con la parte íntima del sufrimiento que al verlo, se va, porque posiblemente no sea aún el momento para ella, quizás necesite otro proceso, o a lo mejor no va a llegar nunca ese proceso, o a lo mejor tras el paso del tiempo consigue abordar parte de lo que en este ha acontecido en otros espacios psicoterapéuticos.

Lleda no realizó las entrevistas posteriores que se contemplaba en el encuadre de trabajo.

Tabla de las palabras claves recogidas en la triangulación de información del software NVivo 10

<p>Síntoma, fatiga, muerte del hijo, vida, dolor, relación tormentosa con la madre, no ser querida, explotación del padre, máscara, casa, compañeras, fibromialgia, pasado, ansiedad, malestar, problemas, relaciones, depresión, interior, miedo, pérdida, dificultades, género, maltrato, imaginación, impotencia, mujer, recuerdo, resistencia, sueño, trastorno, violencia, abandono, cansancio, conflicto, cuerpo, dolor crónico, dependencia, dificultad, estrés, mujer, incapacidad, manualidades, marioneta, perfeccionista, quemazón, rigidez, sobrecarga, soledad, cariño, idealización, identidad, olvido, obediente, oportunidad, silencio, sufrimiento, trastorno, tristeza, violación, adversidades, agonía, aislamiento, ambivalencia, carencia, control, fatiga, evitación, fragmentación, injusticia, irritabilidad, lava, camino, piedra (dificultades), volcán (cuerpo que explota), angustia, trauma, muerte del hijo, trauma, alivio, calma del dolor, seria, triste, romper a llorar, privación, pérdida, ardor y quemazón.</p>

Tabla que relaciona las palabras claves extraídas del NVivo 10 con las categorías que se han analizado oportunidad:

Categorías	Palabras clave
Construcción del apego	Relación tormentosa con la madre; no ser querida, explotación del padre, abandono, dependencia, cariño, idealización, silencio, sufrimiento, agonía, ambivalencia, carencia, relaciones, casa, angustia primaria.
Mecanismo de defensa	Evitación, represión, negación.
Somatización	Síntoma, dolor, fatiga, fibromialgia, malestar, problemas, trastorno, cansancio, estrés, incapacidad, quemazón, rigidez, sobrecarga, sufrimiento, fatiga, muerte del hijo, vacío, indefensión, privación, fijación, pérdida.
Construcción de la identidad	Depresión, miedo, pérdida, dificultades, conflicto, soledad, olvido, sufrimiento, tristeza, agonía, aislamiento, control, fragmentación, irritabilidad, trauma, seria, triste, romper a llorar, adversidades, injusticia.
Sesgo de género	Género, maltrato, impotencia, violencia, mujer, marioneta, perfeccionista, obediente, violación.

Simbolización plástica del conflicto	Máscara, lava (emociones), piedras (dificultades), caminos (el cuerpo), volcán (cuerpo que explota), dolor crónico, manualidades, alivio, calma del dolor, ardor, quemazón.
--------------------------------------	---

7.7.2.1.2 Conclusiones del análisis del caso LI (Lleda)

El caso de Lleda es un caso de abandono, no cumplió con las normas del encuadre establecido y apenas realizó un número mínimo de talleres, por lo que el nivel de cumplimiento de los objetivos es muy bajo. Por un lado, se va a valorar el alcance de los objetivos a nivel cualitativo y por otro lado, a nivel cuantitativo en una escala del 1 al 4, siendo el 1 la puntuación más baja y el 4 la más alta, 2 y 3 serían puntuaciones intermedias.

Objetivos específicos de la 4ª fase de intervención	Conclusiones específicas de la 4ª fase de intervención. Y cumplimiento de los mismos en una escala de 1-4.
Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.	No se ha conseguido este objetivo. Valoración 1.
Posibilitar la reestructuración internalizada de la imagen corporal dolorida.	No se ha conseguido este objetivo, pero sí se ha podido analizar un movimiento de la imagen interna del segundo donde se representó en un camino con piedras, el cual lo denominó como la oportunidad, al último taller en donde el camino se mostraba sin piedras y el material interno expulsado hacia el afuera. Valoración 2
Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.	No se ha alcanzado este objetivo. Valoración 1
Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.	No se ha alcanzado este objetivo, porque la toma de conciencia le hizo un aumento de dolor y posteriormente, no realizó la continuidad necesaria para poder abordar aspectos de su subjetividad a elaborar. Valoración 1

<p>Apoyo y acompañamiento en las dificultades emocionales que supone de la dificultad de aceptar el brote de la enfermedad en sus vidas.</p>	<p>El grupo le facilitó un espacio de acompañamiento, pero al mismo tiempo, se presentaba como amenazante, en donde reactualizaba los miedos originales de ser abandonada.</p> <p>Valoración 2</p>
<p>Reducir los efectos de la enfermedad, fomentar la comunicación y la interacción con otros pacientes.</p>	<p>No se ha conseguido este objetivo porque no ha cursado un número mínimo de talleres.</p> <p>Valoración 1</p>
<p>Fomentar espacio de empatía e identificación para compartir y narrar experiencias autobiográficas.</p>	<p>Este objetivo si se ha cumplido en la medida que fue escuchada y se respetaron sus limitaciones y deseos a trabajar la tarea.</p> <p>Valoración 4.</p>
<p>Mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>	<p>No se ha conseguido este objetivo.</p> <p>Valoración 1</p>
<p>Proporcionar un foro de diálogo para compartir los problemas existenciales.</p>	<p>Si se ha conseguido este objetivo, en donde la paciente pudo desplegar sus miedos, ansiedades y dolores internos que vivía en su actualidad.</p> <p>Valoración 4.</p>
<p>Pensar al sujeto desde un enfoque integral y conocer a la persona que sufre el síndrome.</p>	<p>Sí se ha conseguido este objetivo, en donde se ha podido analizar al sujeto desde el material emergente del material creativo, para poder comprender de una manera integral la problemática manifestada.</p> <p>Valoración 4</p>
<p>Contribuir, mediante el análisis e interpretación de los resultados de los estudios de casos, a una mayor comprensión de las personas que sufren el síndrome, explorando las diferentes complejidades que influyen en el constructo subjetivo.</p>	<p>Si se ha cumplido este objetivo, a través del análisis de la construcción del caso, ha posibilitado abrir reflexiones que enlazaría la problemática manifestada con la relación vincular entre el proceso creativo, obra y arteterapeuta, posibilitando la construcción teórica del caso a partir del material práctico recogido.</p> <p>Valoración 3</p>

7.7.3 Pacientes que no cumplieron las normas del encuadre

7.7.3.1 ANÁLISIS DEL CASO I (ISORA): entre la sombra materna y el yo. Cuerpo fragmentado, el arte como el cuerpo a disposición

Tabla resumen de la entrevista:

<p>41 años. Formación profesional. No trabaja actualmente.</p> <p>6 meses diagnosticada con la fibromialgia cuando entró en el taller.</p> <p>Asoció la fibromialgia con la enfermedad vírica, leucotizosis (infección en la sangre por virus).</p> <p>Tiene tratamiento farmacológico: Enantium (2,5 mg, 2 veces al día, desde hace 5 meses); Nolotil (1 vez al día, desde hace 2 meses); Eutirox (125 mg una vez al día desde hace 13 años); Floxetina (40 mg, 1 vez al día, desde hace 5 meses); Omeoprazol (40 mg, 1 vez al día, desde hace 5 meses); Betaistina (16mg, 3 veces al día, desde hace 5 meses); Zorpidem (10 mg, 1 vez al día, desde hace 5 meses).</p> <p>Depresión, estrés postraumático, colesterol alto, hipertiroidismo, adenoma hipofisario (tumor en la cabeza).</p> <p>Relación patológica con la madre. Muerte del padre cuando tenía 16 años. Idealización hacia el padre tras su muerte. Duelo sin elaborar.</p> <p>Fatiga crónica.</p> <p>Estrategias de afrontamiento pasivas.</p> <p>Post Test I: No lo hizo.</p> <p>Post Test II: No lo hizo.</p> <p>Entrevista siete meses después: No lo hizo.</p>
--

Descripción de los atributos sociodemográficos:

Mujer de 41 años, casada, vive con el marido, la madre y un hermano. Estudió Formación Profesional. No trabaja y ha señalado la razón de no trabajar como su voluntad. Se dedica a las tareas domésticas. Cuando trabajaba tuvo varias (2 o 3) bajas laborales. Ha trabajado como cuidadora no profesional de la madre quien tiene Alzheimer, camarera, cajera en el Mercadona, administrativa y limpiadora.

Descripción de los atributos clínicos:

Le diagnosticaron la fibromialgia hace seis meses o menos. La aparición de la misma fue de manera brusca, primeros síntomas: dolor en la parte inferior, superior del cuerpo; otros síntomas fueron: fatiga, parestesia, boca dormida, paralización de la media cara, medio cuerpo, cojera, dolor de pies.

Asocia la fibromialgia con la enfermedad vírica, leucotizosis (infección en la sangre por virus).

Tiene tratamiento farmacológico: Enantium (2,5 mg, 2 veces al día, desde hace 5 meses); Nolotil (1 vez al día, desde hace 2 meses); Eutirox (125 mg una vez al día desde hace 13 años); Floxetina (40 mg, 1 vez al día, desde hace 5 meses); Omeoprazol (40 mg, 1 vez al día, desde hace 5 meses); Betaistina (16mg, 3 veces al día, desde hace 5 meses); Zorpidem (10 mg, 1 vez al día, desde hace 5 meses).

Antecedentes clínicos:

Depresión, estrés postraumático, depresión, colesterol alto, hipertiroidismo, adenoma hipofisario (tumor en la cabeza).

Infancia y relaciones sociales:

Ha tenido muy mala relación con la madre toda la vida. El padre era la persona que ella sentía que la entendía y a su muerte se quedó desamparada. Se escapó de casa con una amiga en la adolescencia, su amiga antes de irse le entró miedo y no continuó y ella se fue con un desconocido a Madrid. El vecino de su casa, que era policía, investigó hasta que la encontraron en Madrid y la metieron en un calabozo hasta que su madre y hermano fueron a por ella. Describió una relación muy tormentosa con la madre, de falta de respeto tanto psicológico como físico entre ambas partes. Dijo: *"toda la vida peleadas, pero pegadas"*.

Definió un periodo de la adolescencia muy difícil. Se percibió una idealización al padre, a quien tenía admiración y según ella era la persona que le animaba a que estudiase, a que se superase, una vez muerto, la madre le orientó a dejar los estudios y ponerse a trabajar.

Los recuerdos de su infancia los expresaba como buenos pero llegada la adolescencia, con la pérdida de su padre, es cuando ella informó del inicio de grandes dificultades emocionales.

Lleva 8 años con su pareja. No cree que la fibromialgia pueda influir en los principales conflictos de pareja. Y las estrategias de afrontamiento del dolor que señaló fueron pasivas: tumbarse en el sofá, o no parar de hacer cosas. Así como, cuando se le preguntó si podría ella hacer algo para mejorar su estado, dijo que no lo sabía.

Fatiga Crónica:

Tiene diagnosticada fatiga severa, cansancio y extremo agotamiento. Tiene mucha dificultad para concentrarse.

Tiene dolor de garganta, nódulos linfáticos, dolor muscular, dolores en las articulaciones, de cabeza, embotamiento, dolor generalizado, hormigueo, sensación de rigidez, cierta ansiedad inusual, irritación intestinal, síndrome seco, fenómeno de Raynaud, sensación de hinchazón.

Siente fatiga más de 4 veces por semana. La fatiga comenzó un día o dos antes que la fibromialgia. Lo asocia a infección viral.

Siente más fatiga al medio día. Tanto la fibromialgia y fatiga ha cambiado de manera drástica el curso de su vida, incapacitándola para conducir, trabajar, pasear, hacer tareas domésticas, etc.

Describió su estado de ánimo como depresivo. Se definió como una persona trabajadora, cariñosa, alegre, creativa.

Se recogieron estrategias de afrontamiento pasivas también en el abordaje de la fatiga, señalando que lo único que ella podía hacer era evitar el ejercicio físico aunque eso dijo que tampoco le ayudaba en nada.

1. Temas principales:

Vínculo con la madre: amor/odio, hostilidad, sentimientos de culpa reprimidos, fusión.

Construcción de la identidad carencial.

Infancia y adolescencia problemática.

Autoagresiones al cuerpo:

- Hiperactividad.
- Consumo de drogas.
- Intentos de suicidio.

Metáforas:

- La mochila de la energía, las pilas de duracell, la caja de la emergencia.
- Los muelles, mirar sin ver, la espiral, muerte simbólica.

Acontecimientos traumáticos como posibles desencadenantes de la fibromialgia:

Muerte del padre.

Terapia hormonal.

Relaciones familiares y de pareja.

Dolor, malestar, deseos y frustraciones.

Cambios.

Fibromialgia y trastornos conversivos.

Beneficios de los talleres.

Modelo de feminidad vigente.

Modelo de las figuras de los vínculos fundantes segados por la heteroasignación patriarcal.

PRIMERA FASE: TALLER 1 AL 5. LA MOCHILA DE LA ENERGÍA, SIEMPRE HACIA ADELANTE

Un aspecto muy significativo que se recogió durante las entrevistas semiestructuradas y a lo largo de todos los talleres fue material relacionado con su madre. La paciente describió una relación tormentosa, donde el vínculo relacionar se caracterizó por: amor/odio; acercamiento/alejamiento, rabia, culpa y hostilidad reprimida; que nos podría dar información ilustrativa a la hora de pensar el caso, en relación a un estado de posición subjetiva de fusión y una construcción de apego desorganizado, pudiendo condicionar consecuentemente una construcción de la identidad carencial y desde la recogida de esta información poder analizar con mayor profundidad las problemáticas que la paciente ha ido desplegando a lo largo de su proceso creativo.

En esta primera parte Isora se presentó como una persona activa, líder, habló de las dificultades en

torno a la fibromialgia y sus perspectivas de futuro. En la obra donde se trabajó con su nombre, se podía observar que representó su nombre en un tamaño grande, suspendido en el aire y debajo una base con pinchos. La estética podría describirse como llamativa. Llamó especialmente la atención el sol en la esquina, en el lado izquierdo, y la parte de debajo que representó un césped lleno de lo que se podría denominar “pinchos” y el tamaño tan grande con que escribió su nombre. Su nombre procedía de su madrina porque a su madre no le gustaba su nombre. El proceso le ha recordado a la infancia cuando estaba en la escuela.

En la asociación libre de la palabra relacionó la enfermedad con la creatividad. Dijo que ella descubrió su faceta creativa porque su amiga enfermó por depresión y para ayudarla empezaron a hacer manualidades.

El arteterapia es una herramienta que se caracteriza por facilitar al inicio del proceso psicoterapéutico un espacio en donde se pone en juego las potencialidades terapéuticas que están presentes en la modalidad de “Art and Healing”, y las mismas se activan cuando una persona inicia un proceso de práctica creativo, experimentando beneficios terapéuticos al realizar dicha práctica. Posteriormente, con una práctica más desarrollada, el arteterapia posibilita el acceso a la elaboración de material intrapsíquico reprimido, pero en un primer lugar, a diferencia de otro tipo de psicoterapias verbales, se presenta como un medio amable, fácil y potencialmente beneficios en su dimensión catártica para que las personas puedan conectar con sus emociones de una manera menos amenazante a la palabra y con una sensación reparadora de su mundo interno.



Imagen 33 (recortada por el principio de confidencialidad).

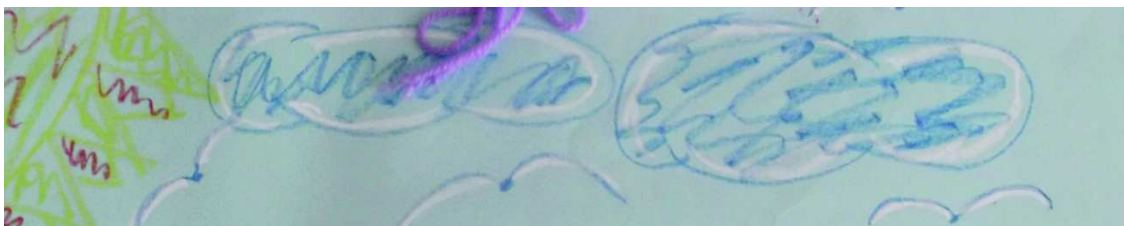


Imagen 34 (recortada por el principio de confidencialidad).

Isora asoció en este taller el proceso creativo con recuerdos de bienestar de la infancia, con los beneficios experimentados del arte con personas que sufre depresión, y con su proceso de deterioro de la salud, dijo:

Yo tenía mi mochila como el conejito de duracell, yo tenía mi pila que por la noche la cargaba, ahora mi hermano a veces me ve dormir y me dice que soñarás que esta toda la noche con los pies moviéndote. Yo he tenido una mochila y mi cuerpo me ha dicho basta.

A través de esta cita podríamos abrir la reflexión sobre si a través del “conejito de duracell” estuviese haciendo una metáfora del conflicto sin elaborar, y si a través de “la mochila” estuviese metaforizando el cuerpo doliente, el cuerpo que acumula, el cuerpo habitado por el

conflicto; así como, si a través de la cita “mi cuerpo me ha dicho basta” estuviese haciendo la metáfora de la fibromialgia, el síndrome como ese grito o ese límite que inmoviliza al cuerpo con un desbordamiento del dolor.

En el segundo taller se trabajó con una presentación de sí misma. Hizo una presentación de la empresa que le gustaría crear, una empresa online. Tuvo muy claro desde un primer momento lo que iba a hacer y lo significativo fue que asoció aspectos de su identidad con un proyecto aún por construir, y como referencia a seguir, el modelo paterno, como figura empresaria que se creó de la nada.

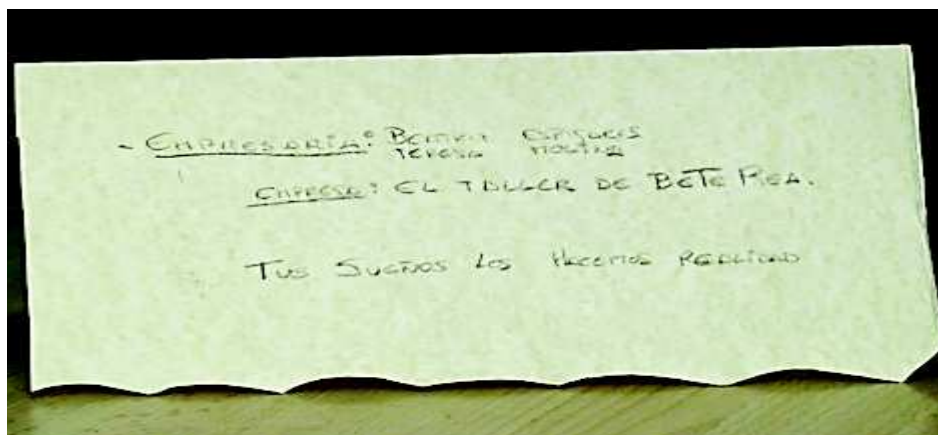


Imagen 35

En la obra dijo: Empresarias: _____ y _____. *Tus sueños los hacemos realidad.*

“Para atrás nunca siempre para adelante y siempre feliz. Siempre quise tener mi pequeña empresa o negocio, esto me viene de mi padre que fue un empresario nato y un trabajador excelente. Su lema si no te embarcas no te mareas y yo tengo tanta ilusión en embarcarme que el mareo no me da miedo, pues hace años que convivo con él. Sé que tengo un futuro prometedor, y un marido excelente, unos amigos geniales y una madre y un hermano que me adoran en todo. Una fibromialgia que intenta joderme pero no se lo voy a permitir”.

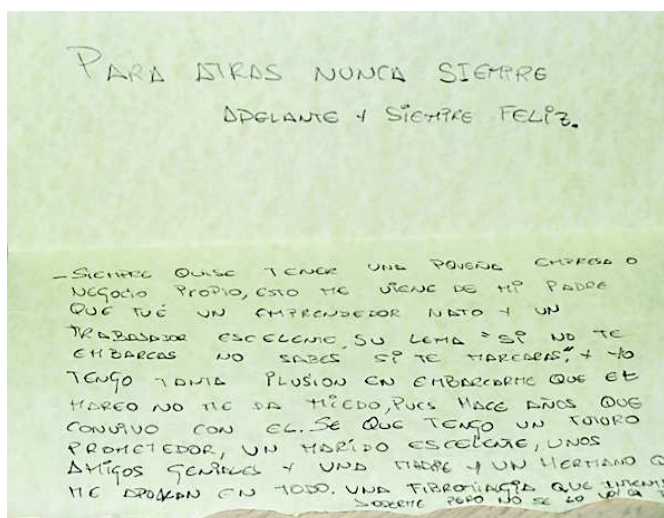


Imagen 36

Teniendo en cuenta la frase de la parte de arriba parece un lema de autoayuda, si se analiza el contenido: “siempre adelante, siempre feliz”, podríamos relacionar la fibromialgia como esa mochila de la energía que mencionó anteriormente, la dificultad de parar, de pensar en

el aquí y ahora y la necesidad de estar en movimiento como un mecanismo de negación y evitación. Ello nos podría estar ilustrando esa distancia entre su estado actual y lo que deseaba, que se hará patente en las narrativas de otros talleres posteriores donde ella expresó su queja por querer trabajar y no poder, y el malestar que vivía con su marido, por no ser lo suficientemente comprendida quién esperaba que ella llevase la misma vida de siempre. Es muy llamativo a su vez, que las narrativas se iban contradiciendo, a veces expresaba su queja y al mismo tiempo decía que tenía *un marido, familia y amigos excelentes*.

Así como, en los debates grupales que se abrieron en torno a los posibles orígenes de la fibromialgia Isora dijo que desde su punto de vista tenía que ver con el hecho de *posponer las cosas, dejarlas para un mañana y no parar de hacer actividades para no pensar*, llegando a afirmar que ese mañana era su situación actual, su presente marcado por la enfermedad. Desde sus narrativas se podría asociar el síndrome de la fibromialgia como ese “mañana” acumulado de cosas, y se podría analizar el simbolismo entre dicha acumulación con una de las características ontogénicas de la fibromialgia (síndrome que amalgama muchos síntomas de estados de enfermedad diferentes).

Parece relevante a parte de las contradicciones mencionadas, que su discurso se caracterizase por narrar diferentes tipos de recuerdos, experiencias o estados emocionales sin tener una relación unos con otros, como si desplegase fragmentos de diferentes periodos o temas vitales y fuese de uno a otro, de manera aleatoria, sin que haya unos nexos de continuidad o nexos relacionales que conectasen las diferentes partes entre sí. Se caracterizó por un discurso, donde saltaba de un punto a otro. Resalto estas peculiaridades porque me parecen relevantes a la hora de poder pensar en una posible patología desorganizada y principalmente, en cómo la paciente, a través del proyecto de la empresa podría estar haciendo una negación de su realidad para postergarla y no abordarla, así como, no abordar el sufrimiento subyacente que parece existir, tal y como ha mencionado anteriormente con esa tendencia de postergar todo a un “mañana”. Como si de alguna manera, ahora, tratase de dar sentido a su vida con el objetivo de encontrar un trabajo, pero sin querer aceptar que su panorama presente no es el más adecuado para construir un proyecto de esa envergadura, y el hecho de desearlo y fantasearlo, le podría servir como defensa para no abordar su presente, agenciarse del mismo. Se podría pensar en una falta de proceso secundario, un proceso de poder pensar a través de poder conectar con su situación real, su angustia, su sintomatología, que nos podría estar hablando de una falta de poso interno, de inconsistencia.

Como trasfondo en el discurso de Isora, se pudo recoger en ese salto dicotómico del discurso, fuertes sentimientos de culpa, que finalmente la paciente asoció con acontecimientos traumáticos de su pasado:

“...He sido una persona muy rebelde en la vida y ha probado todo tipo de drogas excepto la heroína...”(Contextualiza esa etapa de su vida hasta los 26 años).

“...Yo me he intentado suicidar dos veces...”

Este material me pareció muy relevante para poder seguir trazando el análisis entre los contenidos que van apareciendo en las obras con su discurso verbal. Anteriormente, se había mencionado una posible falta de inconsistencia y ahora, teniendo en cuenta estos acontecimientos traumáticos, se podría asociar el intento de suicidio con la depresión y la melancolía. En un quizás no puedo con la vida, por lo tanto me quiero ir. Con un deseo de volver a un estado de no vida.

Y en relación a las drogas desde un enfoque psicoanalítico, se podría asociar con la necesidad de alimento, con la etapa oral (etapa primaria) (Laplanche, 1996), con el pecho materno, con el acto de succionar. Las drogas podría ocultar esa necesidad de succionar que no puede ser elaborado ni

pensado. Podría recordar al infante y la necesidad de alimentarse que llega a ser tan decisivo como: o como o me muero, para poder analizar esas angustias tan fuertes y con la problemática que parece que la paciente trae en relación al instinto de supervivencia, de conservación. Quizás una posible madre no suficientemente contenedora o nutricia, podría estar en la base de cierto desplazamiento en actos destructivos que atentaría contra la integridad de su vida, y que nos podría estar hablando de un trastorno psíquico límite.

Nos encontraríamos con la contradicción más significativa en el que por un lado, ella trataría de convencerse que todo estaba bien a sí misma y a los demás; y su realidad, una angustia tan insostenible que le podría haber derivado a unas auto agresiones hacia la conservación de su vida muy extrema, de límite, y entre ellas, subrayar los diferentes mecanismo de defensa como la negación y la evitación; y como acciones derivadas de la evitación, la hiperactividad, el no parar de hacer actividades (las pilas de duracell); el posponer las cosas para no conectar con el dolor que puede producirle; la ingesta de drogas, intento de suicidio, y la fibromialgia, se podría analizar como acto de inversión hacia el cuerpo, como una vía ante la imposibilidad de la integración de las diferentes partes de sí misma. El cuerpo, y el auto ataque hacia el mismo podría ser un particular modo de lenguaje donde podría estar haciendo uso de manera inconsciente para comunicar a través de los síntomas somáticos, el material intrapsíquico sin elaborar.

Broco (2007: 41) señalaba que hay sujetos que el encuentro con la enfermedad le genera un efecto de *incapacidad de soportar el daño recibido, volviéndose egocéntricos, ariscos con quienes le rodean, exigiendo permanentemente una reparación y emprendiendo una querrela con la vida como si ésta estuviera en deuda con ellos. Regresarían así a posiciones narcisistas cuyas consecuencias de cierre libidinal no hacen más que extender el daño, ya de por sí cuantioso, producido por la enfermedad. Y dice el autor que cuando estas actitudes se prolongan en el tiempo, no tardan en aparecer síntomas de degradación psíquica, tendiendo el sujeto a melancolizarse, volviéndose retraído, ensimismado y abandonando el deseo de vivir, ilustrando la estrecha relación entre narcisismo y muerte.*

Considero relevante hacer algunas anotaciones con el material artístico que la paciente usó, el lápiz, para abordar una propuesta tan simbólica como es la presentación de sí misma. Por un lado, la escritura, la palabra fija los significados, y que podría asociarse con una dicotomía en: o escribo o borro, una posición u otra, con marcados límites para poder integrar o sostener las diferentes partes y multiplicidades que pueden desplegarse cuando se aborda el tema de la identidad.

Otro aspecto significativo de la personalidad de Isora en relación a la dificultad para la auto contención y el parar, fue que le costaba ser empática con las otras pacientes del grupo, manifestó dificultades para escuchar al otro, dejar su espacio y tiempo para que el otro se expresase, ya que, tendía a interrumpir y a hablar constantemente de sí misma, a reaccionar ante la más mínima cosa que el grupo traía al taller. Este tipo de comportamiento quizás tendría que ver con el déficit de narcisismo, con el hecho de no poder salirse de sí misma, porque si te sales se podría conectar con su desvalimiento, o sea, con esa pulsión de muerte que se mencionaba anteriormente. Este muro que se recogía a través de las relaciones con los demás, de no poder conectar con la vulnerabilidad del otro, podría quizás deberse también al hecho de no poder conectar con su propia herida, con la propia imagen de sí misma, y por ello, necesitaría constantemente hacer ese refuerzo, que le conduciría a actos impulsivos de manera inconsciente, a actos de querer llamar la atención todo el tiempo, y que nos arrojaría junto con el material anterior, más información de esa posible falta de un narcisismo sano, de un no haber sido mirada lo suficientemente. La fibromialgia (como dolor invertido hacia el cuerpo) podría representar un lugar especial, de buscar un reconocimiento del otro; y podría representar su beneficio o ganancia secundaria que ella estaría pagando de manera inconsciente, por ser mirada. El otro en este caso estaría relegado a un segundo lugar, y esa falta de mirada se podría estar interponiendo e imposibilitando en ese poder conectar con el otro y consigo misma,

tanto desde la realidad que se presenta como desde sus necesidades más allá de las carencias.

El grupo al final de esta sesión acabó hablando de la bipolaridad, su miedo a ser bipolares por los cambios de humor constantes que experimentaban.

En el tercer taller se trabajó con la propuesta del collage. Isora trabajó con la imagen de Leonardo Da Vinci, quien ocupaba toda la composición. Se podría apreciar una figura rotunda, consistente, sólida. Sobre esa imagen ha superpuesto otras imágenes como "El Palacio de la Calahorra", "una chaqueta", y una batalla histórica. El título que le puso detrás de la obra es: "La Era de los Genios" y posteriormente, "El circo de los horrores".



Imagen 37

La obra se denominaría dentro de la catalogación que hace Schaverien (1999) imagen *diagramatical*, en donde la paciente va desplegando a modo de mapa conceptual diferentes trozos del collage que posibilitaría el inicio de ordenación del material que está trayendo y aunque, en ocasiones, puede haber contradicciones, serviría principalmente para establecer vínculo dentro del grupo, con la arteterapeuta y como preparación para otras imágenes *corporizadas*, en donde se encarna material inconsciente con mayor profundidad.

Isora dijo que Leonardo Da Vinci era una persona a quien ella admiraba mucho. Podríamos pensar en una posible relación entre la imagen de Leonardo con su padre. El padre era una persona mayor, había una diferencia de edad muy grande tanto con ella como con su madre, cuando murió ella era muy joven, y en la obra la idealización hacia el padre podría aparecer como telón de fondo. Toda la composición giró en torno al genio de Leonardo Da Vinci, y ella en un momento determinado dijo: "...para las que no saben de historia del arte, Leonardo Da Vinci fue un genio...".

Nuevamente se podría estar poniendo en juego esa falta de narcisismo sano que se ha señalado anteriormente, donde ella necesitaría a través de ese comentario, sentirse superior al resto, y que nos permitiría abrir el interrogante si a través de ello, la paciente quizás se

podría estar preguntando ¿qué lugar tengo? el no tener un lugar, parece que podría hacerle sentir pequeña y de ahí la necesidad que tiene de parecer que sabe mucho más al resto del grupo.

SEGUNDA FASE: DEL 5 AL 12. DUALIDAD: PARAR PARA MIRAR/TODO ES PERFECTO

En esta segunda fase se permitió parar en el espacio de arteterapia y empezó a identificar conflictos sin elaborar, a construir narrativas sobre acontecimientos problemáticos en su pasado, en el presente y a trabajar el material reprimido a través del proceso creador y las obras resultantes.

En el quinto taller se trabajó con la propuesta del material dripping que consistía en coger una paguita, mojarla en la tinta y expulsar el color en el soporte. Según las manchas que saliesen tenían que continuar con lo que la paciente le sugiriese.

Un aspecto llamativo ha sido las notas de la arteterapeuta en relación al proceso creativo de la paciente, estaba nerviosa, enfadada, no encontraba su lugar en el espacio, agitada. El negro apareció como elemento característico y como estética de confusión, desorden y asociado a material intrapsíquico reprimido, denominado como conflictos internos por la paciente. Se representó a ella misma en tamaño más pequeño abajo, a su marido, y el hermano arriba.



Imagen 38

La imagen cumplió una función de ser mediadora de la palabra (Schaverien, 1999) de emociones y sentimientos. Para ella el negro es un color que siempre le ha gustado, representa lo gótico, outsider, es uno de sus colores preferidos, pero señaló que este negro es algo diferente. Ha sentido enfado durante el proceso cuando hacía la mancha. La arteterapeuta le preguntó con qué otros momentos de su vida podría relacionar esas emociones experimentadas durante el proceso creativo, la mancha negra y ella lo

relacionó con su novio, *la familia de su pareja* (lo ha pasado muy mal con la madre de él) y *la muerte de su padre*. Profundizó aún más en la muerte del padre y conectó con recuerdos decisivos de la infancia y adolescencia, reflexionando sobre el cambio de su vida con su pérdida como -dejar los estudios, no elaborar el duelo-, que le derivó a una rebeldía extrema, escaparse de la casa, consumir drogas, dos intentos de suicidio, etc.

Por otro lado, dijo: *me siento mal porque no puedo trabajar (siempre he sido muy trabajadora), pero siento que mi novio no me apoya, me dice que salga a buscar trabajo. Siento que no puedo comunicarme con él. Por las noches me intento abrazar a él y él se queja que no le dejo dormir. Siento una parte de mi está muriendo, algo está cambiando y eso me hace sentir alejada de mi pareja porque no puede comprender lo que estoy viviendo.*

A través de este taller se puso en juego las contradicciones entre la imagen y el discurso verbal y empezó a conectar con el aquí y ahora de su presente, sus miedos principales giraban en torno a los cambios corporales que estaba experimentando, que le hacían vivir una muerte simbólica. La paciente Herminia dijo que le recordaba a ella cuando empezó con los primeros síntomas de la fibromialgia hacía veinte años. Para Isora el cambio podría tener relación con la cristalización de la enfermedad, (las pilas de duracell agotadas), la mochila llena, la enfermedad como límite y defensa en sí, que le obligaba a parar. Límite ante la incapacidad del cuerpo de no poder sostener más tiempo el nivel de estrés y defensa, porque la hiperactividad entendida como acción consecuente de la evitación, se podría haber desplazado hacia el cuerpo, configurándose el extremo de la misma, la fibromialgia, como reserva, la inmovilidad. La paciente, ha pasado de la hiperactividad a parar, estar más en su casa, cuidar a su madre, el rol de ama de casa. Este rol es algo que ella rechazaba porque lo consideraba como negativo, (quizás porque era lo más representativo de la identidad materna) ahora, se presentaba como oportunidad para reflexionar sobre cómo había tratado de buscar en el exterior (mediante la constante acción) el modo de calmar su interior, derivándole un aumento de dolor y malestar. Ahora, estaba aprendiendo a buscar de una manera más introspectiva, pausada, calmada lo que necesitaba para gestionar sus problemas. Se daba cuenta que a raíz de dejar de buscar tanto en el afuera y empezar a buscar más desde ella misma, se encontraba mejor, así como, el hecho de cuidar a su madre le estaba permitiendo mejorar la relación tan conflictiva que han tenido durante toda su vida.

El espacio de arteterapia le estaba sirviendo a Isora para poder reflexionar, compartir preocupaciones existenciales en torno a las limitaciones del síndrome, expresando sus emociones de ese proceso de cambio. Y lo que se pudo observar en este taller, fue que para ella aparentemente salir, ser activa, y llevar una vida contraria a lo doméstico, y por otras narrativas recogidas en otros talleres como: *“yo he sido muy callejera”, “yo he sido una mujer muy activa sexualmente”, “yo he sido siempre muy independiente”,* le aportaba un valor en su narcisismo y auto estima, que el mismo se vio mermado y atravesado por sentimientos de culpa, vergüenza y baja estima cuando la enfermedad le imposibilitó continuar llevando ese estilo de vida. Pareciese que a través de la construcción de una identidad opuesta al modelo materno, como acto de negación hacia la madre, podría haber sido una vía inconsciente para tratar de hacer el proceso de separación no logrado, tal y como citó en la primera entrevista semi estructurada: *“mi madre toda la vida peleadas pero pegadas”*. Esta frase nos permitiría relacionar las problemáticas manifestadas con el hecho que posiblemente no ha podido diferenciarse de su madre, hacer el proceso de separación, de una construcción propia y que seguiría siendo como un anexo a ella, y por ello, quizás, ese rechazo y negación hacia su madre.

Para Klein (1949) la identificación es un tipo de introyección, en la cual el objeto introyectado pasa a formar parte de las zonas más nuclear del self, el yo, por el cual, el objeto introyectado se constituye en un punto del desarrollo del yo.

En el sexto taller realizó la obra del mándala.

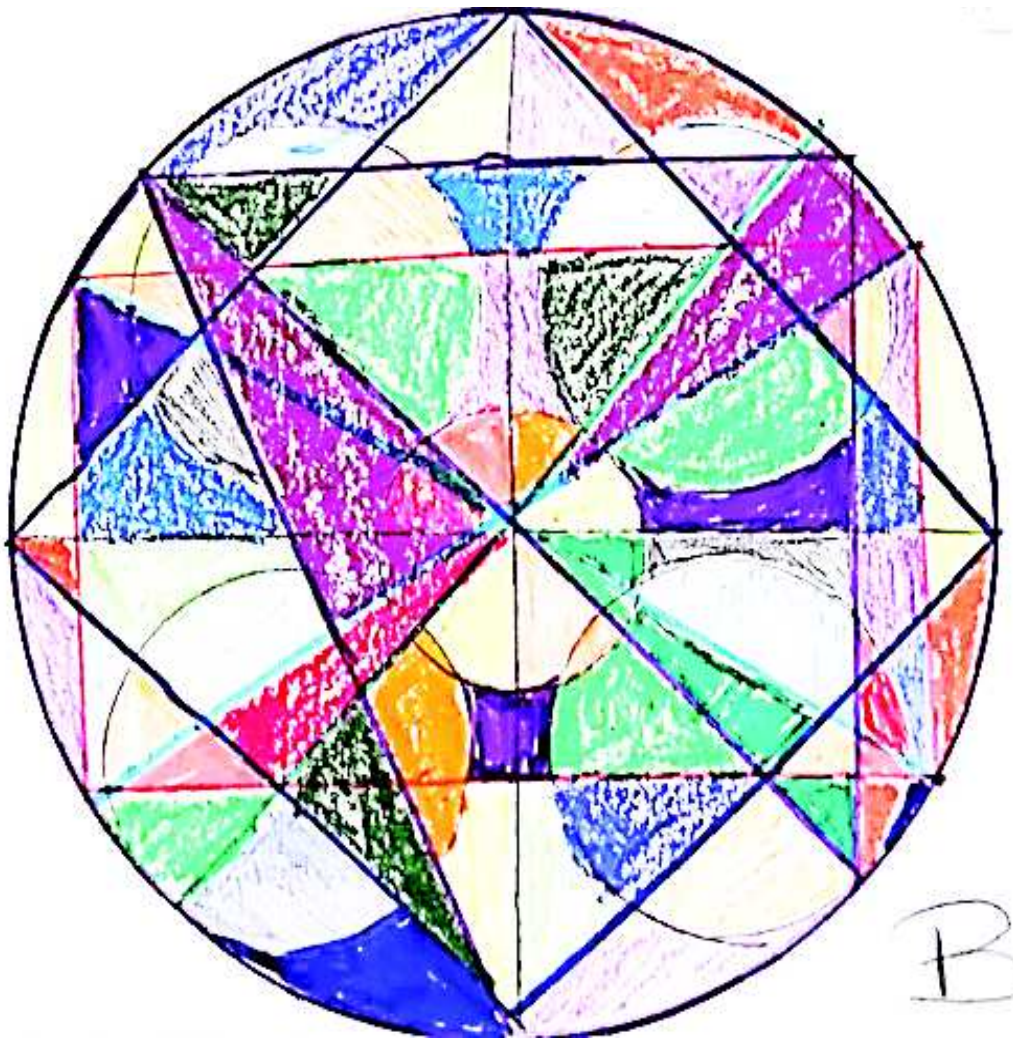


Imagen 39

Isora dijo:

"El mandala para mi representa las múltiples caras, lados..., como yo, que tengo muchas caras"...Tengo muchas caras que a veces ni yo misma las conozco..."

En el taller se reflexionó en torno a que la identidad no era única ni monolítica, sino que está en proceso de constante construcción por su carácter dinámico. La identidad es un poliedro que dependiendo desde donde lo miras, puedes ver una cara u otra y que todos, tenemos una identidad múltiple e incluso, poder sostener las diferentes partes aunque a veces sean contradictorias forma parte de procesos sanos, ya que se podría considerar como una característica universal en el ser humano de ser contradictorio, de a veces desear unas cosas y otras pensar otras cosas diferentes y sostenerlo de una manera integrada o como partes aceptadas de uno/a mismo/a.

Parece que dentro de la complejidad y contrariedad que la paciente ha ido desplegando a lo largo de los talleres, que a través del mandala, pueda estar en un proceso de cambio, de tránsito a través de esa dicotomía y poder reflexionar, la multiplicidad, las diferentes caras, lados que forman parte de uno/a mismo/a. Isora quizás a través de esta obra podría estar tratando de entender las diferentes caras de sí misma, su forma de estar en el mundo.

El objetivo en arteterapia es que las pacientes puedan llevar a cabo procesos de nomadismo, poder transitar y sostener las contrariedad de una manera flexible, integrada, unificada. En cada una de las creaciones de las imágenes, los creadores/as puede ver momentáneamente su mundo emocional y el/la arteterapeuta le acompaña en ese proceso de identificación, elaboración y transformación de los aspectos conflictivos no integrados. El mandala en sí, podría ser una metáfora de ese deseo de unificación e integridad de todas sus caras.

En los siguientes talleres siguió hablando de sus dificultades para comunicarse con su pareja, para ser entendida por él, y aceptar las limitaciones de la fibromialgia. Estar en un grupo donde otras mujeres llevaban mucho tiempo con el síndrome le ayudó a comprender mejor la enfermedad, calmar sus miedos y ansiedades. Por otro lado, cada vez más se producía una mayor toma conciencia de las técnicas de evitación que ha estado teniendo en el pasado y la relación de los efectos nocivos en la actualidad hacia su cuerpo, y como desencadenante de la fibromialgia:

“Estoy hecha un lio, que no se ni para donde voy, no sé qué rumbo quiero tomar, ahora estoy empezando a ser yo. No sé decir que no, la ambigüedad esa de todo para adelante, “mañana”, “mañana”, ese mañana me ha acarreado la fibromialgia. Este mañana “esto no sé qué...” El mañana se me ha acumulado en una bolsa, ese mañana es hoy”.

Arteterapeuta le preguntó ¿la dificultad para mirar atrás?

Isora contestó: *puede ser.*

En el octavo taller se trabajó con la propuesta de romper una obra y crear otra nueva con los trozos rotos. Isora rompió la obra del taller siete de la mancha creada con la paguita. En esta obra fueron interesantes varios aspectos a destacar en relación a las asociaciones que la paciente fue haciendo sobre sus emociones con los colores y elementos de la obra. Por un lado, en la mancha azul central, Isora, la relacionó consigo misma y era el nexo de unión del resto de los elementos a la madre, marido, hermano. Fue significativo que la mancha azul que la representaba tenía en el centro un punto negro. De la mancha azul salía un vínculo color violeta que le conducía a la madre que la ha representado con una forma de corazón en color violeta y dentro el corazón relleno de rojo (intensidad). De la madre sale otro vínculo violeta que conecta con una flecha amarilla que representa a su hermano, quien está también ligado a ella. Y el marido lo representó en la parte de arriba, cerca al hermano, con una flecha negra que la señala a ella pero el vínculo no está conectado, no se toca. Por otro lado, el color negro que ya habíamos señalado que portaba el material inconsciente se encontraba en el margen de la derecha de arriba (hay que recordar que esta obra es fruto de la destrucción de la obra anterior donde ella asoció el negro con la rabia, el enfado, la muerte de su padre, la incomprensión de su marido y las auto agresiones hacia su cuerpo como el consumo de droga, intento de suicidio). Ella dijo en este taller en numerosas ocasiones que esa mancha ya la tenía superada, que los problemas con su marido ya los tenía solucionado:

...Él me dice que yo todo lo soluciono así, siendo radical. Yo le dije que porque no me dejaba llevar la contabilidad de la casa, encargarme de la casa. Él siempre ha dicho que yo soy una gastosa, que no sé administrar el dinero...pero esta vez le pedí que me diese una oportunidad. A ver, yo siempre he sido muy curranta, he trabajado de todo, me acuerdo cuando trabajaba de cajera que a veces me tenía que levantar a las 5 de la mañana y a veces iba hasta sin dormir. Yo he trabajado mucho y cuando era mi dinero yo lo gastaba en lo que quería y él en lo suyo, pero ahora es diferente.

Este mes he administrado el dinero, me he encargado de la casa y cuando ha llegado a final de mes le he preguntado ¿qué está bien o lo he hecho mal? Él me dijo que estaba bien, y yo le dije que pues eso. La mancha negra es el problema que tenía pero ya está en el pasado.

...Esa mancha ya la tengo solucionada, he salido de ese conflicto que me hacía sentir mal, de esas dudas, sensación de muerte, ahora he hablado con mi marido, bueno, siempre

hemos hablado mucho pero llevaba un tiempo que me sentía mal con él y después de hablar siento que hemos pasado la crisis.

La imagen podría significar por la flecha azul en un tamaño mayor al resto, que aún podría estar vinculada a ello de una manera inconsciente, así como, que podría existir un problema de base con el marido, tanto por la no conexión mediante el vínculo como con el color negro que lo representaba. Se evidenciaría de tal modo, las resistencias de la usuaria para sostener las emociones que surgieron a través del proceso en el taller anterior ante la obstinación de repetir constantemente que ya “todo es perfecto” y “todo está arreglado”, como llevaba haciendo toda su vida, posponiendo los problemas en la fantasía inconsciente de que solos o por no abordarlo se resolverán por sí mismos.

Desde la orientación psicodinámica, la negación representaría la señalación de un material importante a abordar, dada la insistencia que hizo la paciente en el convencimiento de que la mancha negra ya está solucionada y en este taller, a diferencia del taller anterior, solo lo asoció con los problemas que tenía con el marido podríamos señalar, por un lado, un posible desplazamiento del conflicto hacia su relación sentimental, preguntándonos, si siguiendo este proceso de desplazamiento, podría de igual modo, estar haciendo lo mismo hacia su cuerpo a través de la fibromialgia; y por otro lado, más allá de si la relación realmente ha mejorado o no con el marido, abrir el interrogante si podría estar actuando como tapadera para evitar conectar con material en conflicto subyacente desplazado hacia él, o sea, para no afrontar su vida, pudiendo adquirir la fibromialgia y el marido una función de tapadera.

En el caso de Isora, la repetición o bien sea mencionada por la paciente en todos los actos del pasado donde para evitar conectar con su mundo emocional, repetía unas misma secuencias que se iban incrementando en toxicidad hacia la salud física y mental conforme pasaba el tiempo; o bien sea mencionada, como la repetición actuada a modo de ambivalencia entre “ahora me siento mal”/“me siento perfecta”, nos podría permitir reflexionar nuevamente en la teoría de las relaciones objetales de Klein, para analizar la imposibilidad que parece manifestar la paciente para formular estados de salud o percepciones de manera integrada sobre su vida como: mi marido no me entiende siempre pero en muchas ocasiones sí me siento comprendida...; sino que los narraba desde postura dicotómicas: *siento que me estoy alejando de mi marido porque no me entiende y siento que algo se muere dentro de mí* y al siguiente taller: *mi marido y yo ya arreglamos el conflicto que teníamos y ahora ya todo es perfecto*. Estas posiciones de subjetividad tan fragmentarias, opuestas entre sí nos permitirían reforzar la teorización sobre lugares de anclaje de su subjetividad, donde quizás podría estar relacionado con ciertas fallas para poder simbolizar el síntoma y de ahí la función del cuerpo, como territorio limítrofe.

Otros detalles interesantes a mencionar, al otro lado de la composición, sería la espiral negra. Si nos detenemos a mirar ese fragmento podríamos observar que de la espiral negra, hay en el centro un trozo azul que la autora señaló consigo misma y encima pegado un trozo violeta (la madre y el vínculo con la misma). Esta parte de la obra sería la clave para poder a modo de hipótesis, ubicar el conflicto con el vínculo materno caracterizado por una fusión con su madre y las consecuentes formaciones patológicas en el campo de las psicósomáticas derivadas de la no correcta separación (Winnicott, 1979).

En la parte de abajo se representaría a ella misma en la infancia, con el apodo que tenía “la rata” y aparecía sin vinculación alguna. La obra es como un diagrama donde a través de flechas va señalando las orientaciones para la comprensión del material inconsciente.



Imagen 40

En otros casos de la investigación, como por ejemplo en el caso de pre diagnóstico de Bárbara asoció el color violeta con el malestar relacionado al género, al malestar femenino.

Se pudo recoger en Isora una tendencia a la compulsión a la repetición, y lo que se trató a través del arteterapia, es que la paciente pudiese crear algo nuevo de esa repetición. La selección del material de plastilina (por su potencialidades estéticas y características del material), nos posibilitaría poder pensar en algunos posibles cambios en torno a la flexibilidad de poder abordar el conflicto con menos amenaza si lo relacionamos con el material del lápiz (uso en los primeros talleres), así como, el permitirse equivocarse, rectificar, recrear y reelaborar la obra a través de ese juego y espacio de disponibilidad (Fiorinni, 2006) que se teje cuando se activa la relación entre obra, paciente y arteterapeuta.

En el décimo taller representó una de las obras más significativas de la evolución del estudio de caso. Se representó a sí misma en postura parada pero a punto de saltar. Rememoró a ella misma en la infancia, de color rosa, sucia, danzando y sin poder parar. Describió la vara como esa la línea que marcó su vida cuando se murió su padre. La vara representaba según la autora, dos lados de la obra (podríamos asociarlo a esa posición de subjetividad dicotómica que ha ido caracterizando en la primera fase del taller). Describió las pelotas de colores como los caminos que surgían de esa vara. Dijo que el espacio del taller le sirvió para parar, mira su obra, su pasado y reflexionar en el aquí y ahora sobre los diferentes caminos que ella habría podido escoger en el pasado y que no hizo: desde "estudiar, viajar, trabajar, etc.". Isora dijo: *me desequilibré emocionalmente y las consecuencias en años posteriores se iniciaron a raíz de la pérdida de mi padre.*

Ahondar en los caminos que no tomó se podría recoger como posibilidades de reflexión que la paciente estaba abriendo a sí misma como posibilidades alternativas a la enfermedad, al malestar.

Podríamos pensar en la construcción de la identidad en conflicto entre dos instancias: la idealización y la negación. La primera instancia, la de la idealización, parece coincidir con el padre, en donde ella quizás pudo encontrar un aliado, o el apoyo que parece no haber recibido o vivido a modo de carencia con la madre, así como, idealizar su figura como un

modelo a seguir, tal y como se veía en el segundo taller; y relacionándolo con el insight alcanzado en este taller, donde ella pudo tomar conciencia de cuando ella recordaba el inicio de desestabilización. El padre podría haber actuado como la figura que le ayudó a orientarse en la vida, y una vez muerto, el principal problema se podría haber derivado en que perdió el modelo de identificación, generándose una idealización hacia su figura, que nos permitiría analizar en un posible duelo sin elaborar. Quizás a través de esa idealización, la paciente podría estar buscando un lugar, sentir que alguien la sostiene, la contiene.

Isora en un momento dado, preguntó al grupo: *¿os habéis dado cuenta que muchas de nosotras tenemos en común la muerte de nuestro padre? ¿tendrá algo que ver con la fibromialgia?*

Y la segunda instancia, la negación, parecería coincidir con la figura materna. Cabría preguntarse como en otros casos, donde señalaron al padre como la figura alidada, la efectividad de esa mirada a nivel de investidura constructiva y de nutriente subjetivo, cuya respuesta al igual que en otros casos, se ha observado deficitaria, por un lado, porque el vínculo de dos (madre e infante) había sido previamente fallido y por otro lado, porque dicha mirada se presentaría sesgada por los propios límites de la identidad masculina. Para Isora el proceso de crecimiento se debatió entre la pérdida de la figura autoritaria, la norma, quien le guiaba en la vida y la identificación conflictiva con su madre, caracterizado por una relación de no separación que la debatía en constantes estados de ataque hacia ella, y sentimientos de culpa por dicho ataque.

Castillo, (2007:108) decía que muchos de los síntomas de la neurosis de la mujer tienen como telón de fondo este "condicionamiento". *La incondicionalidad y los sentimientos de extrema ambivalencia en la relación madre-hija aparecen de forma descarnada en los cuadros de anorexia y bulimia y en muchos fenómenos psicósomáticos.*

Dejaremos abierta el interrogante que la paciente abrió, reforzando a través de su propio proceso de acercamiento hacia su malestar, la importancia de las fases (esquizo-paranoide y depresiva) de la relaciones objetales (Klein, 1949), con los sentimientos de culpa, ataque, persecución, con la dificultad para la elaboración del duelo y la melancolía, con la pérdida de uno de los padres o los dos, con el síndrome de la fibromialgia.



Imagen 41

A través del objeto artístico, se observó cómo se repetía la narrativa en torno a los conflictos sin elaborar. Solían aparecer el mismo material pero ahora podía ordenarse con mayor claridad y figuración tanto a nivel verbal como plásticamente. Conforme avanzaron los talleres, se iba ampliando los desencadenantes de la sintomatología y permitiendo comprender con mayor profundidad que la prolongación en el tiempo de autoagresión al cuerpo, estados de inseguridad y estrés podrían haber derivado a una alteración de los tres niveles o dimensiones: cuerpo, mente y mundo (las áreas 1, 2 y 3) de Riviere (1956).

TERCERA FASE: 12 al 21 LA MADRE Y LA CULPA

En esta fase se pudo observar por un lado, que la paciente ha normalizado las limitaciones del síndrome, no presentó una fuerte lucha interna entre lo que le habría gustado ser, el no poder hacer y su situación. Se definió a sí misma como “asentando la cabeza” y en un periodo de introspección interna. De hecho, a veces nombró que ahora empezaba a sentirse más ella misma, tomó conciencia que ha estado mucho tiempo buscando en el afuera cosas y que era ahora, cuando empezaba a buscar lo que necesita dentro de ella, y este cambio le ha proporcionado una mayor tranquilidad y seguridad interna.

Por otro lado, se pudo observar que ha mejorado la relación con su marido que se había visto alterada tras el impacto de la fibromialgia tras una reactualización de los roles, en el cual, ella se encargaba de la casa y él trabajaba. En fases anteriores Isora se quejaba que su hermano (quien se había divorciado), llevaba dos años viviendo con ellos y estaba agobiada por que le faltaba su espacio, produciendo una mejora de ese malestar y paralelamente la paciente también informó de una disminución de la medicación, concretamente la dosis de la depresión.

Esta fase va a producir una mayor concreción del conflicto inconsciente. Mientras que en las fases anteriores ella iba trayendo diferentes tipos de malestares a modo de fragmentos estéticos y verbales de su novela familiar, ahora, el discurso se centró con mayor intensidad en una dirección, la culpa, los efectos nocivos de la culpa en su cuerpo y la relación con su madre.

En el taller trece y catorce se trabajó con la propuesta de la caja, trabajarla por dentro y por fuera. Isora llegó mal al taller porque la madre quien tenía diagnosticado principio de Alzheimer, le acababan de diagnosticar un cáncer y recaía sobre ella la responsabilidad de decidir si operarla con la posibilidad que se muriese o no operarla, y que viviese el resto de tiempo que le quedase. Se sentía abrumada y sobrecogida por esa responsabilidad y por el hecho de que la decisión la tenía que tomar ella. La primera parte del taller se centró principalmente en Isora, en su situación. Como emergente grupal surgieron los sentimientos de culpa mediante la reflexión de las personas que han sido malas en la vida pero que después no han tenido consecuencias negativas. Podemos pensar que de una manera inconsciente ella sentía que estaba siendo castigada por sus actos pasado, especialmente con su madre, a quien en algunas ocasiones en el periodo de la adolescencia le llegó a decir:

“Preferiría que te hubieses muerto tú en lugar de papa”.

Isora escribió en la caja:

“...La esperanza es el motor de vida!. Caja para abrir en caso de que fallen las fuerzas del cuerpo y el alma”. “El camino te pone piedras compra unos muelles y sáltalas tan al alto que se te olvide que estás ahí abajo”.

Desde este espacio, se recoge los muelles como una metáfora parecida a las pilas de duracell (hiperactividad) asociado al mecanismo de defensa de la evitación.

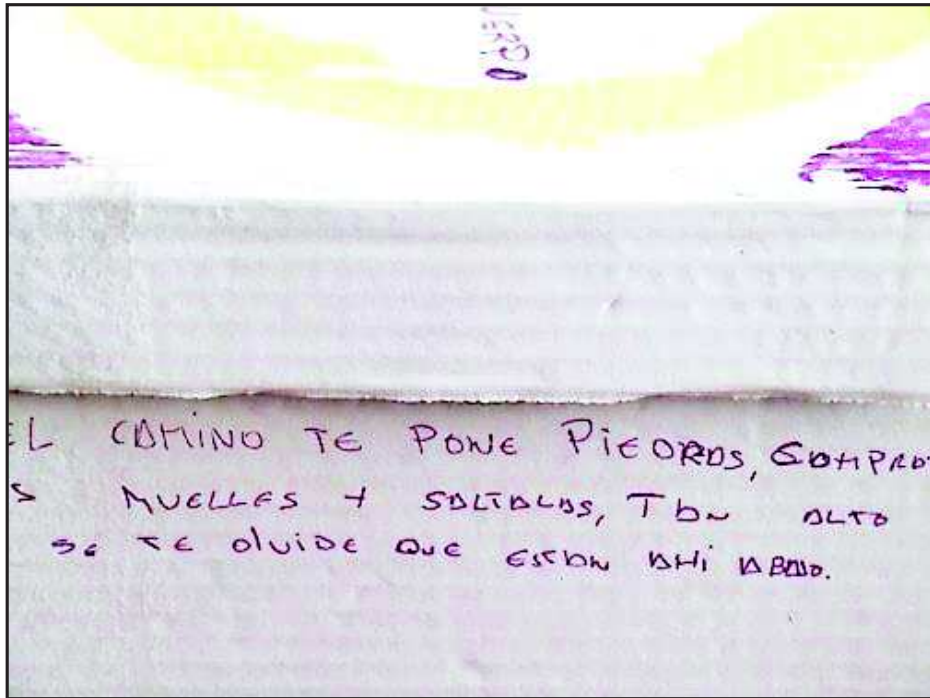


Imagen 42

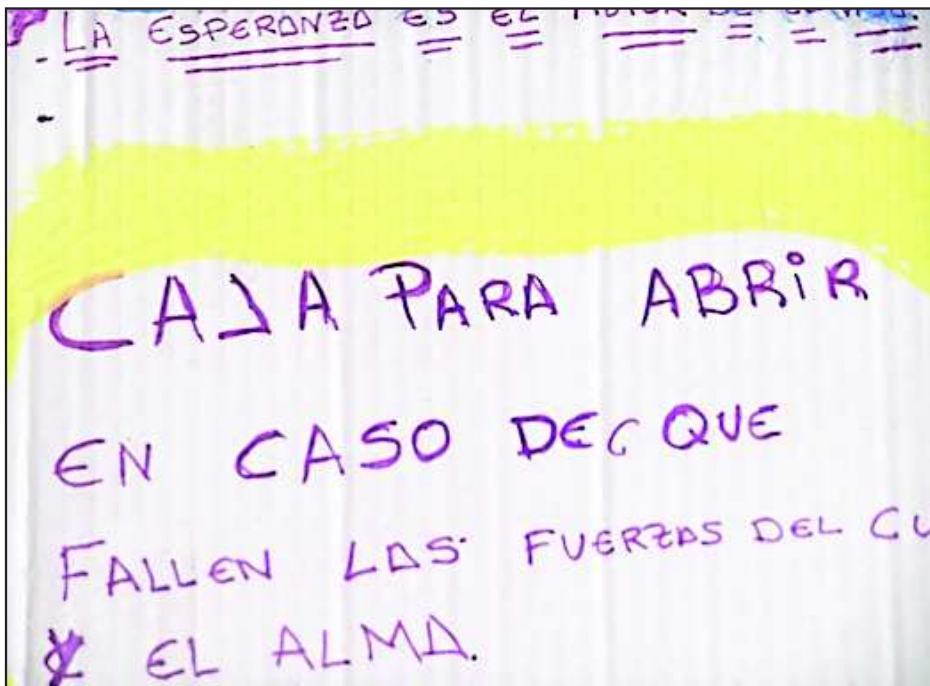


Imagen 43

En otro lado escribió:

"...Adelante porque aunque no lo sepas la vida te pone pruebas para que te de fuerzas para que puedas llegar a ser".

En arteterapia cuando se trabaja con la caja, el interior representaría aspectos subjetivos relacionados con aspectos de la identidad; y la parte externa de la caja, el exterior, representaría el mundo externo, la sociedad, cultura y la relación de la persona con el entorno. Considero que es muy interesante cuando ella citó *la vida te pone pruebas para que te de fuerzas para*

que puedas llegar a ser, que podría compararse con las asociaciones que establecieron las pacientes en diversos debates grupales, sobre las posibles funciones de la fibromialgia en sus vidas. Una parte del grupo lo denominó como una apertura, una posibilidad de cambio interno, como un medio por el cual, la enfermedad les había obligado a tener que cambiar el ritmo de hiperactividad que llevaban y tras esa inmovilización física empezaron a movilizar su mundo emocional, sintiendo que aunque fuese muy doloroso el proceso, la fibromialgia les había posibilitado crecer internamente. Broco (2007: 41) decía que la enfermedad orgánica o cualquier hecho que atente contra la integridad del organismo nos sacaría bruscamente de la ensoñación. Su incidencia decía el autor presentaría como un acontecimiento que *injuría al sujeto en lo máspreciado de su ser, es el lugar en el que se materializaría de forma más perceptiva los distintos avatares de la existencia*, pudiendo actuar la enfermedad como un despertar, sin caer en extravíos maníacos. Broco señalaba que una de las posibilidades es que el sujeto podría *libidinizarse, humanizarse, descubrir posibilidades que brinda el vínculo con los otros, un aprovechamiento de la vida, un cambio de la fijación a la movilización*. Así como, el autor también señaló de ese otro lado de la enfermedad, de empeoramiento cuando el sujeto no podía hacer uso de la misma como oportunidad para el crecimiento. Y esa cita que trajo nuevamente Isora, también nos podría recordar a la repetición que ha manifestado en muchas ocasiones de hacer una negación de su situación para no conectar con el dolor subyacente.

Fiorini (2006) decía que nunca una repetición era la misma, que ese acto de repetir, cada vez que se manifiesta se está creando una nueva repetición, en donde el sujeto se está transitando inconscientemente en ese recorrido de la búsqueda de nuevos significados. La diferencia ahora a la repetición del mecanismo de defensa (evitación), se podría señalar que en el taller, estaría llevando a cabo un proceso de simbolización y reelaboración, a través del proceso creativo. Isora denominó su obra como "La caja de la emergencia".

Por otro lado, el exterior estaba construido a base de frases de autoayuda y sin ningún otro tipo de decoración.

En el taller catorce dijo que no le había gustado el taller anterior, que no se sintió bien.

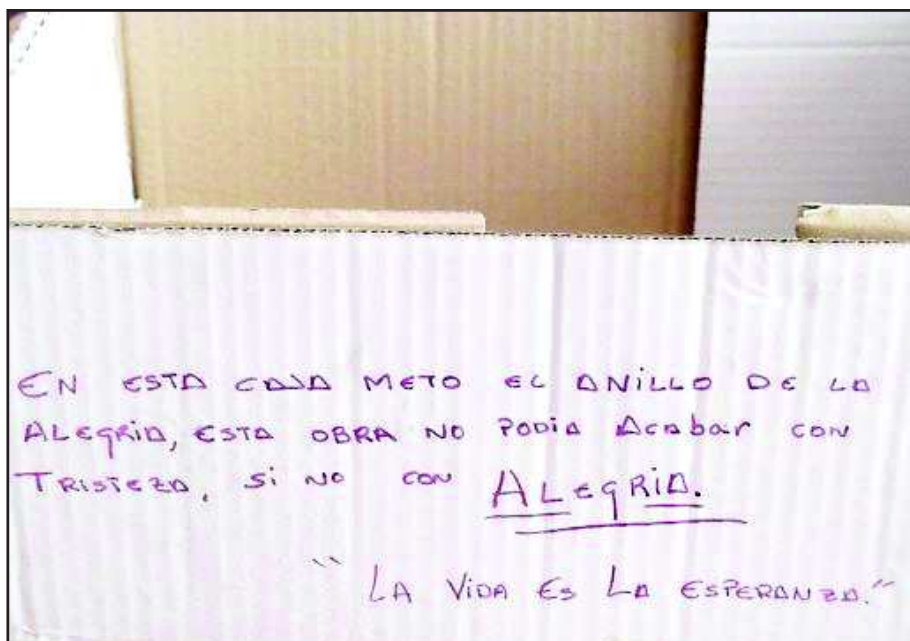


Imagen 45

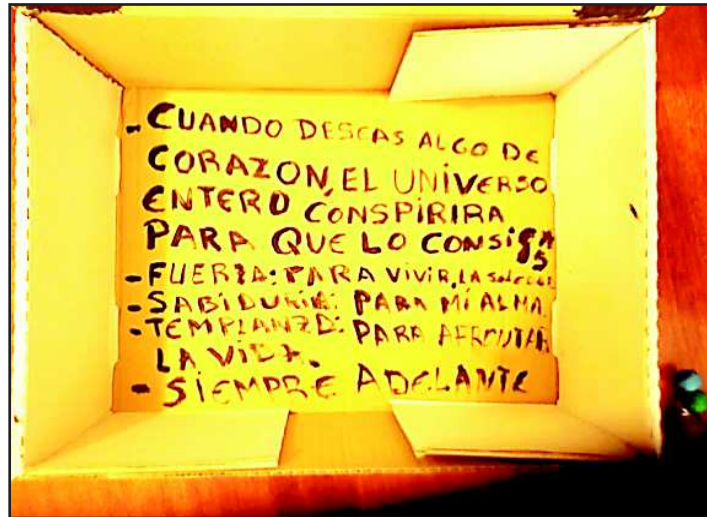


Imagen 44

Fuerza es mi fuerza,
Llanto es mi llanto,
Alegría es mi alegría,
Alegría es mi alegría,
Soy Yo.
Para atrás nunca

Retomó el tema de la madre, narrando sentimiento de angustia ante el hecho de tener que tomar una decisión decisiva. Dijo:

Yo me fui mal, y bueno como yo sé que con mi madre lo estoy haciendo bien, y el martes cuando me dé la noticia de qué hacer con ella pues se decidirá- Te iba a preguntar ¿hablar sola es de locos? Anoche por fin, dormí sin pastillas, al estímulo le di la pata y dije no lo quiero y me tomé solo el esfalio para el dolor. Estaba el otro día limpiando la casa, estaba sola, yo como he sido tan rebelde, le he hecho tanto dolor, pues le estaba pidiendo perdón. Yo ya le pedí perdón cuando ella empezó a estar malica, pero estaba yo diciéndole como si estuviese hablando con ella, yo es que he sido muy rebelde, nos hemos pegado, nos hemos chocado muchísimo, me he intentado suicidar dos veces, me escapé de casa y no sabía dónde estaba, que yo he sido un bicho malo muy malo y es ahora es cuando las dos estamos más tranquilas, pero me da mucha pena que sea ahora.

Gómez (2007) afirma en su trabajo con mujeres que sufren fibromialgia, que en la base de todas las actitudes y conductas de la estructura psíquica se encontraba como núcleo principal la angustia. La angustia como factor que desencadena todo el proceso y lo mantiene en actividad, ocasionando un desgaste mayor en este colectivo, en su adaptación social.

Isora a través de este espacio, pudo conectar con el dolor de la eminente separación con la madre, e iba recreando una por una las escenas donde ella se sintió "delincuente" (palabra usada por la paciente) en ciertos episodios de su vida. El arteterapia facilitó un foro, desde donde poder pensar en una despedida con su madre a través del perdón, se le invitaba a poder crear vías para poder acercarse a su madre, comunicarse con ella de tal modo, que ella pudiese sentir que su madre la perdonaba y perdonarse a sí misma. La paciente pudo tomar conciencia que su angustia eran previas a los síntomas de la enfermedad, y se preguntaba a sí misma, si en verdad ella había estado ya enferma mucho antes del diagnóstico de la fibromialgia y si eso podría haber sido la causa de muchos de sus comportamientos. Pudo acercarse a otra dimensión de sí misma, donde pudo conectar con ese cuerpo dolorido. Dolor, que le remitía a un dolor existencial.

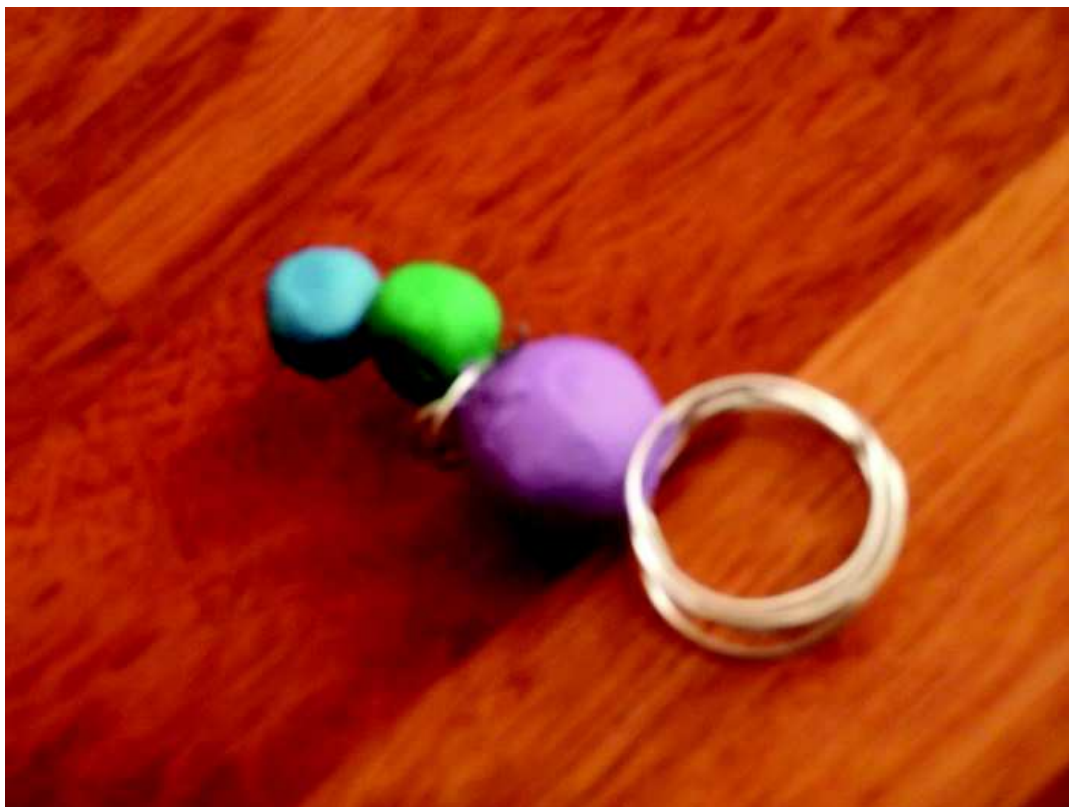


Imagen 46

En otra parte de la caja escribió:

En esta caja meto el anillo de la alegría, esta obra no podía acabar con tristeza, sino con Alegría. "La vida es la Esperanza". He puesto un anillo porque esta caja no podía acabar mal. (Las fantasías que la madre sobreviva a la enfermedad y al "ataque").

Aunque hemos podido observar nuevas aperturas a través de la creación alternativas a la somatización, tras la realización de este taller, Isora sufrió un trastorno conversivo, en el cual, se le paralizó la mitad de la parte del cuerpo inicialmente, y se desplazó posteriormente en un fuerte dolor de boca en las encías. Teniendo en cuenta la asociación que la paciente hizo sobre el dolor, la culpa y el castigo, podríamos tener en cuenta la teoría de Salisbury (1999) que decía que el dolor podría ser concebido como una forma de castigo por esconder y ocultar deseos; y como un desorden auto-inmunológico invertido hacia los impulsos del cuerpo. Parte del conflicto inconsciente podría haber sido colocado en el cuerpo, ante la imposibilidad de poner ponerlo en un afuera completamente.

Deutsch (1930) establecía una relación entre el origen del masoquismo y la pasividad femenina, ambos se derivan de la constitución femenina y de un mecanismo de inversión instintiva, que desvía hacia adentro las energías dirigidas hacia el mundo exterior, siendo el mecanismo de desviación de lo activo a lo pasivo lo que impregnará toda la vida instintiva de la mujer. La paralización del cuerpo podría señalarnos una vuelta al estado inorgánico, a la no vida, como los intentos de suicidio.

Isora antes de venir al taller, llamó por teléfono a la arteterapeuta para decirle que no iba a poder ir y le contó que había sufrido un trastorno conversivo. La arteterapeuta le aconsejó que en la medida de lo posible si encontraba la manera de poder asistir abordarían en la terapia su situación. Finalmente, Isora fue (cogió su coche y condujo sola al hospital), podemos ver que ha sufrido una parálisis pero la recuperación ha sido rápida, ella ha podido asistir por

autonomía propia. Aunque es cierto que la paciente podría estar repitiendo el síntoma a modo de auto agresión o inversión hacia el cuerpo como mecanismo de evitación de conectar con el dolor interno, y la culpa activada en el proceso creativo en relación a aspectos identitarias ligada con su madre, sí se podría abrir la reflexión que hay una modificación de la posición subjetiva, en donde antes, el síntoma adquiría una función pasiva, el problema lo colocaba en el afuera y ya no podía hacer nada (con los consiguientes beneficios secundarios) a ahora, se podría analizar una actitud activa, pese a la conversión en donde ella podría justificar la ausencia, y por ende, el triunfo del síntoma a modo de suplir el espacio entre el inconsciente y el consciente, observamos que la paciente se presentó al taller y abordó la tarea de trabajo. Se puede observar las persistencias de dos lados, por un lado, la participación de la parte somática reprimida, que condiciona al sujeto y por otro lado, la parte colaborativa de ella, que desea movilizar la fijación libidinal del trauma.

En este taller continuamos profundizando en las posibles maneras de poder crear un puente con su madre, desde donde ella pudiese sentirse redimida, perdonada. Ella volvió a ahondar en su infancia, en todas las cosas malas que había hecho, le preguntó al grupo si hablar sola es de locos, porque últimamente andaba hablándole a su madre (sin estar presente) recreando la escena en donde ella le pedía perdón por todas las cosas y la madre le respondía que la perdonaba.

A nivel grupal salió el emergente de la fibromialgia como desencadenante de una enfermedad psicósomática.

A través de los talleres de arteterapia se hizo un trabajo de acercar las dos instancias que la paciente traía de manera separada, por un lado la culpa, la hiperactividad, el dolor y por otro lado, el conflicto con las figuras de seguridad. Poco a poco pudo ampliar su subjetividad comprendiendo en como esas dificultades habían influido negativamente en la sintomatología del cuerpo y que la misma queja, sentimientos de culpa, ir constantemente al pasado, eran señaladores de las resistencias de hacer un trabajo de elaboración de permitirse sentir, conectar con su dolor y construir un lugar para el mismo. Se le invitaba a ir más allá de ese movimiento repetido y permitirse explorar otros modos de conectarse con su mundo emocional.

En el penúltimo taller se abordó la propuesta de escoger una tela y hacerle agujeros y trabajar con los agujeros.

Al inicio del taller Isora dijo:

He estado varios talleres sin venir por el tema de mi madre, pero no me quería ir sin despedirme del grupo. Yo me encuentro muy bien. Ahora estoy muy bien. Estoy en casa cuidando de mi madre. Las vecinas o la gente que nos conoce se quedan sorprendidas de la buena relación que tenemos mi madre y yo. El otro día mi madre le dijo a la vecina delante de mí que ella ya me había perdonado todo, que ella ya se podía morir en paz porque me había perdonado. Y yo me encuentro ahora muy bien, me paso el día cuidándola y en casa.

Pareciese que el cuidado, amor y dedicación hacia la madre, podría haber sido una de las vías que la paciente encontró a modo simbólico de momentos de su historia conflictivos y de confrontación con su madre.

Aunque si podríamos pensar en una mejoría ante el hecho de haber encontrado el modo de despedirse de su madre y de establecer una nueva relación con ella, considero que aún habría mucho trabajo a desarrollar, para modificar las respuestas hacia el cuerpo a modo de conversión.

Observamos que el mensaje que la madre le envía, parece que ha calmado los sentimientos de culpa y que ha posibilitado la reactualización de los vínculos en donde la paciente, pudo empezar a pensarse a sí misma, con un menor condicionante de la transferencia del vínculo fundante, en detrimento a otra más saludable, recíproca, menos amenazante y construida mediante un diálogo afectivo con su madre.

En el último taller se trabajó con el material de las telas. Tenían que coger una tela, hacerle agujeros, y con la tela cortada trabajar para integrarla de nuevo.



Imagen 47: La estrella del Norte

A un lado de la composición, al lado del pico apareció escrito en lápiz *"la estrella del norte"* y a otro lado opuesto, en la punta opuesta apareció escrito el dolor he conseguido superarlo con color. Hay varios agujeros alrededor de la estrella, hay un par de agujeros que los une con lana rosa y blanca y otro agujero más grande que lo tapó con un trozo de tela, la tela lo puso por debajo del agujero, de tal manera que se podía ver parte del agujero, tela y lana verde.

Isora dijo:

"Para mí los talleres me han permitido ir atrás, retomar momentos dolorosos, trabajarlo y volver adelante. He parado en momentos pasado, los he trabajado con las obras y luego he vuelto al presente".

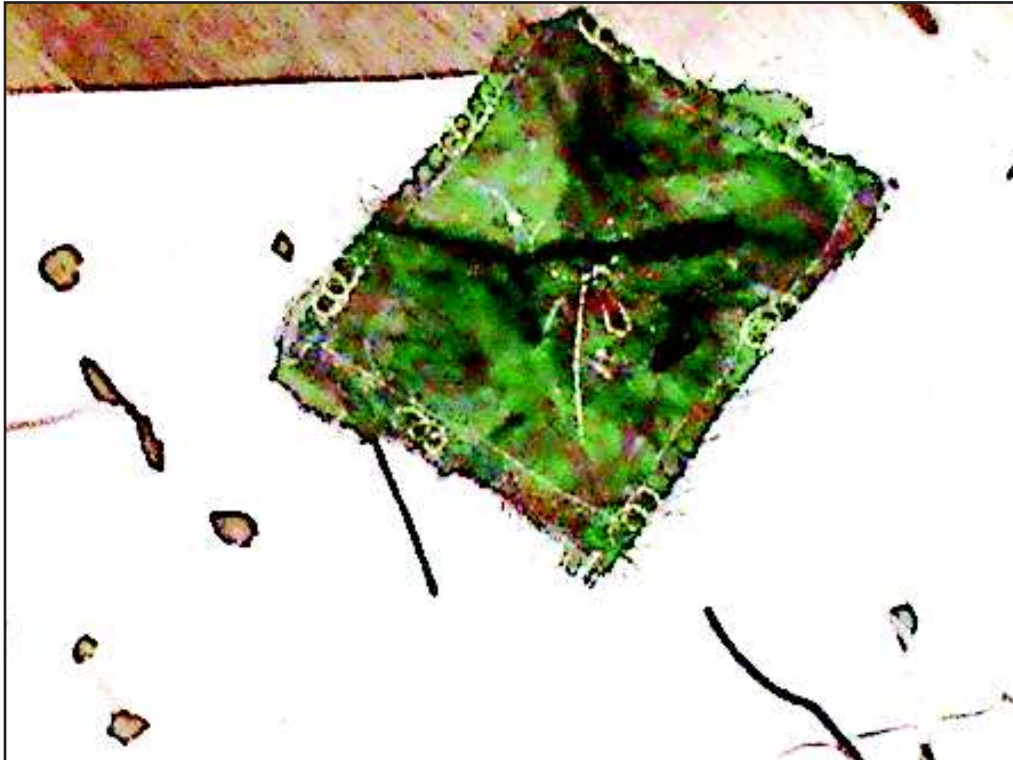


Imagen 48

López (2015) el significado que le atribuye a la función de autor (creador), era la capacidad de que la parte adulta de la persona, baje a los infiernos de Dante (a su inconsciente), visite los lugares de fijación (puntos de anclaje de la subjetividad) donde se ha producido una herida narcisista, y subir, fortalecido del infierno, cumpliendo la obra una función de reelaboración, reparación y estructuración psíquica.

La arteterapeuta le devolvió a Isora tras su comentario la obra donde se pintaba de niña parada pensando cual sería tu próximo movimiento.

Isora:

“Si, ahí volví a mi infancia, a cuando mi padre murió, a las diferentes posibilidades o caminos que podía haber escogido y lo diferente que podría haber sido mi vida y no dar tantas zancadas, no podía parar. He podido conectarme con la pérdida de mi padre. Darme cuenta de actos míos de ahora que vienen de atrás, que posiblemente llevo enferma mucho tiempo y al ir atrás, revivirlos, he podido cambiarlos y mejorarlos”.

Isora:

“Al ir a atrás he podido trabajar una serie de emociones en conflicto y al comprenderlas he podido pensarlas de una manera diferente a cómo lo viví en el pasado. Antes solo lo veía desde un prisma, que me hacía mucho daño, ahora es como si hubiese podido verme a mí desde fuera, ver esos trozos de mi pasado, y pensarlo desde otro lugar. ...He podido pensar otros modos de poder solucionar tanto dolor acumulado hacia mi madre, cuando en verdad, detrás de eso, había tanta necesidad y amor hacia ella, pero no podía verlo antes, porque solo sentía enfado y rechazo. Darme cuenta de lo mucho que la necesitaba ha sido doloroso pero menos que cuando la rechazaba tanto”.

“He descubierto que me gusta estar en casa, tranquila, que hay cosas en mí que son opuesta a como era siempre haciendo cosas sin parar, descubrirme a mí misma, ...poder parar y ver que necesito y al final, la que era antes no era yo, era una persona que no paraba... ahora empiezo a ser yo y a darme cuenta que es lo que necesito”.

“...Sí, he huido de mi misma toda la vida y ahora me estoy encontrando...el taller me ha ayudado a mejorar mi relación con mi marido en un momento de crisis cuando me diagnosticaron el síndrome. Me ayudaron mucho mis compañeras, ver que ellas habían pasado por lo mismo que yo”.

La arteterapeuta: a normalizar la sintomatología porque todas estáis pasando por lo mismo, hay algo universal en todas.

Isora:

“Sí. Cuando hice la primera obra de la mancha negra, sentía que una parte de mí se estaba muriendo, después de ese taller, pude encontrar el modo de comunicarme con mi marido, que me entendiese, porque sentía que estábamos muy lejos, que no podíamos conectarnos”.

Esta afirmación de la paciente, me parecieron que explicaba de manera muy ilustrativa uno de los potenciales del arteterapia, que posibilita proyectar emociones internas donde aún no había palabras, y al colocarlas en un afuera, con colores, formas, etc., permite, que la persona empiece a articular mejor sus emociones, dando lugar a la creación de nuevas vías de comunicación consigo misma y con los demás.

Isora:

“Después de la boda intenté quedarme embarazada y no pude, me sometí al tratamiento de fecundación in vitro durante un tiempo y a raíz de ahí fue cuando surgieron los primeros síntomas de mi enfermedad. Primero me diagnosticaron una cosa y luego otra, pero fue en ese momento cuando ya empecé a estar enferma. Cuando enfermé no lo aceptaba, y menos cuando al ver que no podía tener hijos, es como si tienes una idea de lo que va a ser tu vida y nada coincide, de repente mi vida cambió, sin hijos, enferma, en casa, mi estilo de vida, mi físico. Ahora estoy descubriendo que me gusta la vida hogareña, pararme, pensar en mí, disfrutar de esos momentos, antes estaba siempre en la calle pero no me aceptaba a mí en el rol de mujer de ama de casa, en casa ¿entendéis?. Ahora estoy cambiando la mente, si estoy en enferma y no puedo trabajar no es una vergüenza ser ama de casa. Me habría gustado haber estudiado y no lo hice, mi madre siempre me orientó más al trabajo, y bueno, supongo que me fue duro ver que las cosas que yo esperaba de la vida no se hiciesen realidad”.

Podríamos ver agujeros que están sin conectar unos con otros (podría hacer referencia los ideales que tenía que no se hicieron realidad, a esa parte de su vida, quizás que se ha quedado vacía) y dos par de agujeros que sí están conectados con lana clara, podríamos pensar en partes vacías, fragmentadas que ha podido unir e integrar. Es significativo que justo al lado del gran agujero escribió “el dolor he conseguido superarlo con color”, podríamos relacionarlo con esas vueltas al pasado que ha nombrado que ha hecho en este espacio, donde se ha conectado con su dolor, con la pérdida, con la ambivalencia, y ha podido reelaborar e integrar mediante el acto creador. Hay agujeros que habría podido unir, integrar y otros que estarían sin conectar, abiertos posiblemente a un trabajo mayor de elaboración.

Tabla de palabras claves

Fibromialgia, amor, odio, rabia, ambivalencia, hostilidad reprimida, fusión, apego ambivalente, idealización, negación, identificación, duelo patológico, mochila, pilas de duracell, evitación, vida, casa, fatiga, síntomas, pasado, energía, hermano, problemas, agujeros, conflicto laboral, abandono, cansancio, depresión, dificultad, infancia, esperanza, muerte, estrés, cuerpo, padre, culpa, angustia, ansiedad, dolor, falta interna, libertad, malestar, activa sexualmente, trauma, fuerza, identidad, corazón, pena, repetición, sociedad, sueños, fantasía, medicación, reflexión, tristeza, solución, transformación, límite, espiral negra, loca, marido, sol, frustración, genio, amenaza, culpa, auto agresión, confusión, adolescencia, "el mañana", inversión hacia el cuerpo, somatización, castigo, pérdida de autonomía, enfado, agitación, color negro (conflicto sin elaborar), límite, defensa, hiperactividad, vergüenza, "rol ama de casa", resistencia, rata (ella), plasticidad, maleabilidad, cambio de humor, color rosa (ella), ataque, apertura, despertar, posibilidad, cambio interno, fijación, movilización, simbolización, perdón, parálisis, dolor de encías.

Tabla que relaciona las palabras claves extraídas del NVivo 10 con las categorías que se han analizado oportunamente:

Categorías	Palabras clave
Construcción del apego	Agitación, enfado, amenaza, culpa, auto agresión, confusión, trauma, padre, culpa, angustia, ansiedad, dolor, falta interna, madre, abandono, infancia, amor, odio, rabia, ambivalencia, hostilidad reprimida, fusión, apego ambivalente, idealización, pasado, genio (padre), ataque.
Mecanismo de defensa	Evitación, negación, identificación, repetición, fantasía, idealización, resistencia.
Somatización	Fatiga, síntomas, cansancio, depresión, dificultad, , estrés, cuerpo, frustración, adolescencia, defensa, hiperactividad, parálisis, dolor de encías.
Construcción de la identidad	Casa, hermano, vida, problemas, agujeros, conflicto laboral, esperanza, muerte, activa sexualmente, fuerza, identidad, corazón, pena, sociedad, sueños, medicación, reflexión, tristeza, loca, inversión hacia el cuerpo, castigo, pérdida de autonomía, enfado, vergüenza.
Sesgo de género	Inversión hacia el cuerpo, somatización, castigo, plasticidad, maleabilidad, cambio de humor, color rosa (ella).
Resistencia	Quitar
Simbolización plástica del conflicto	Mochila (cuerpo), pilas de duracell (hiperactividad), solución, transformación, límite (SFM), espiral negra (fusión con la madre, conflicto sin elaborar), "el mañana" (SFM), apertura, despertar, posibilidad, cambio interno, simbolización, perdón, duelo patológico.

7.7.3.2 Conclusiones del análisis del caso I (Isora)

Objetivos específicos de la 4º fase de intervención	Conclusiones específicas de la 4º fase de intervención
<p>Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.</p>	<p>La paciente por un lado, a través del trabajo de los talleres ha podido acceder a conflictos inconsciente sin elaborar, trabajar material reprimido, parar, para conectar y revivir la memoria traumática y desde ahí empezar a identificar, reconocer, reflexionar, ordenar e integrar aspectos de su subjetividad en conflicto. Ello le ha permitido hacer un cambio de la hiperactividad, acción constante y autoagresión al cuerpo a otro donde ha podido pararse, aumentar la introspección, pensarse con menos resistencias y encontrar nuevas vías donde poder crecer interiormente, desbloquear conflictos que la alienaban en una repetición de los mecanismos de defensa de la negación y la evitación. Las obras le ha facilitado un sentimiento de pertenencia, de autenticidad, de sentirse ser más ella misma y autoconocimiento que le ha derivado a sentimientos de seguridad interna, disminuyendo la medicación de la depresión.</p> <p>Aunque es necesario trabajar más tiempo con esta paciente, en rasgos generales ha podido ampliar su subjetividad, desbloquear conflictos, conocerse mejor a sí misma y construir vías más saludables y menos autoagresivas.</p> <p>Valoración: 3</p>

Posibilitar la reestructuración internalizada de la imagen corporal dolorida.

A través de los talleres ha podido conectar con un conflicto principal, la muerte del padre, introducir un elemento nuevo, parar para poder mirar y sentir, revivir la memoria traumática, mirar con retrospectiva, comprender los mecanismos de autoagresión hacia ella misma, e identificar la muerte del padre como inicio de su desequilibrio para la paciente.

Poder revivir el trauma y trabajarlo a través de las obras como espejo de su interior, le ha posibilitado integrarlo en su vida y hacer algo con ello, construir nuevos recursos que le han ido acercando a un aumento de introspección, mundo interior, calma, tranquilidad para poder acceder a su subjetividad e identificar sus necesidades.

Podemos observar que se ha producido una mejora y una ampliación de su subjetividad, que ha derivado en una transformación de la imagen que ella tenía de sí misma, construyendo otra, donde se vive con menos amenaza, menos condicionada por la construcción identitaria de negación hacia su madre, sino en una nueva imagen más fortalecida y con mayor conciencia de sus deseos y necesidades.

Otro cambio y trabajo fundamental ha sido el revivir el vínculo traumático con la madre, y poder introducir nuevas vías donde pensarla, y construir recursos que le posibilite a una futura separación menos traumática. En cierta manera, la pérdida de la madre por la enfermedad podría estar reactualizando la no separación original, en donde la paciente de manera simbólica, a través de la preparación de esta despedida, ha estado trabajando tanto a través de esta separación la no separación original.

Ha podido pedirle perdón a la madre y sentirse perdonada por ella, y ello le ha proporcionado una disminución de los sentimiento de culpa, una recuperación del trastorno conversivo.

Valoración: 4

<p>Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.</p>	<p>A través del proceso creador y de los objetos creados ha proyectado sus emociones, ha podido recoger una imagen de sí misma y crear nuevas repeticiones y hacer algo con ese material reprimido ahora representado en unas obras. La mancha negra de la imagen 38, le ha permitido asociar el malestar vivido durante el taller con el malestar vivido con la familia de su pareja, la pérdida del padre, los problemas con la pareja sus deseo de morir, y trabajar esas emociones encontrando otras vías para transformarlas en salidas menos auto agresivas. Tras la conexión de ese malestar con el negro, pudo construir recursos para solucionar la situación de crisis vital y mejorar su calidad de vida al reactualizar los vínculos con su pareja y familia.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.</p>	<p>A través del proceso creador ha posibilitado nuevas repeticiones y el abordarlo en el grupo y mediante la observación de las imágenes (función de espejo), ha podido tomar conciencia del dolor y el conflicto que ya estaba presente anterior al diagnóstico. A través de la creación ha podido viajar a su pasado para construir un presente con más sentido, al menos para ella, alternativo a la repetición del síntoma.</p> <p>Valoración: 4.</p>
<p>Apoyo y acompañamiento en las dificultades emocionales que supone de la dificultad de aceptar el brote de la enfermedad en sus vidas.</p>	<p>La paciente ha encontrado un espacio donde poder expresar sus miedos, ansiedades en relación a la muerte simbólica que estaba viviendo de pérdida de una parte de ella misma y el nacimiento de otra que le asustaba. Ha compartido el proceso de transformación interna de aceptación de la enfermedad y búsqueda de recursos para poder reajustar su vida.</p> <p>Valoración: 4</p>

<p>Reducir los efectos de la enfermedad, fomentar la comunicación y la interacción con otros pacientes.</p>	<p>En la primera fase de los talleres, la paciente actuaba de manera repetitiva a cómo había actuado hasta ahora en su vida, mediante los mecanismo de la negación, evitación, repetición y la somatización; en la segunda fase de los talleres puede empezar a parar para observar sus imágenes y conectar con sus emociones y ello le permitió empezar a identificar y pensar dichas conductas alternándose con los mecanismo de defensa, pero puede ir atrás, revivir situaciones traumáticas y trabajarlas en los talleres. Ello le ha posibilitado reactualizar los vínculos con su madre, y su pareja y normalizar su situación de crisis en relación al impacto de la enfermedad. En la tercera fase, aumentó el proceso de introspección, y se consolidó uno de los cambios que se había iniciado en la segunda fase, empezar a buscar en ella misma lo que necesita para alcanzar una seguridad y tranquilidad en lugar de buscarlo en el exterior, mediante la hiperactividad y la constante acción.</p> <p>Valoración: 4.</p>
<p>Fomentar espacio de empatía e identificación para compartir y narrar experiencias autobiográficas.</p>	<p>La paciente ha podido compartir el proceso de impacto de inicio de la fibromialgia y las consecuencias de crisis que estaba teniendo en su vida tanto a nivel sentimental, familiar y personal. El hablar con otras personas que sufrían lo mismo que ella le ha ayudado a identificar sus emociones, ordenar aspectos de su subjetividad y el trabajarlo a través de las obras le ha permitido construir recursos para comunicar su estado a sus familiares y pareja y poder adaptar y aceptar su situación de una manera menos traumática.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>	<p>A través de las obras ha podido trabajar y elaborar dos conflictos principales: el duelo sin elaborar del padre y entender como se ha desencadenado su vida con la culminación de la fibromialgia y empezar a cambiar y reactualizar sus vínculos en otra posición menos dañina; y el vínculo materno, ha compartido y revivido los sentimientos de culpa que vive corporalmente también (trastorno conversivo) y ha podido construir los recursos para perdonarse a sí misma y reactualizar el vínculo con la madre en otro caracterizado por la contención y la seguridad interior.</p> <p>Valoración: 3</p>

<p>Proporcionar un foro de diálogo para compartir los problemas existenciales.</p>	<p>El grupo le ha ayudado a normalizar los síntomas de la fibromialgia, calmar los miedos y las ansiedades. El hecho de estar con otras mujeres que llevaban más tiempo que ella con la enfermedad le ha ayudado a calmar la ansiedad al comprender que su proceso era un proceso que ellas también han vivido. Se ha sentido acompañada, entendida y ha podido expresar y compartir sus miedos. Valoración: 4</p>
<p>Pensar al sujeto desde un enfoque integral y conocer a la persona que sufre el síndrome.</p>	<p>Mediante los talleres la paciente ha conectado con el conflicto principal, la muerte del padre y desde ahí se ha podido construir una narrativa que relacionaba el desequilibrio del acontecimiento traumático mediante autoagresiones al cuerpo: hiperactividad (no parar, no sentir); el consumo de drogas, intentos de suicidio, escapada de su casa que permiten comprender mejor la alteración producida en la zona cuerpo) viéndose afectada la zona del yo y la mente, entender el cuerpo como dispositivo que ha contenido el material reprimido e inconsciente sin elaborar, con las consecuentes repercusiones de enfermedad corporal y desde ahí poder pensar la emergencia de la fibromialgia. Valoración: 3.</p>
<p>Contribuir, mediante el análisis e interpretación de los resultados de los estudios de casos, a una mayor comprensión de las personas que sufren el síndrome, explorando las diferentes complejidades que influyen en el constructo subjetivo.</p>	<p>A través del proceso creador, obras y asociación libre de la palabra se ha podido recoger información en relación a los mecanismos de defensa de la negación, evitación (mediante las metáforas mochila de la energía, los muelles y las actitudes siempre hacia adelante, el todo para mañana) y la repetición, como síntomas de bloqueos emocionales y conflictos inconscientes sin elaborar. A través de los talleres se ha podido recoger información en relación a la construcción de la identidad carencial (la obra de la presentación de sí misma en lápiz); la idealización de su proyecto de futuro, viviendo más en la fantasía que en la realidad; la no separación con la madre y los consecuentes sentimientos de culpa y sentimientos de ambivalencia, como de amor y odio; el duelo sin elaborar de la muerte del padre y la pulsión de muerte (los actos de auto agresión: intento de suicidio, consumo de drogas, etc.,) asociado a un estado depresivo. Valoración: 4</p>

7.7.4. Pacientes que han cumplido las normas establecidas en el encuadre:

7.7.4.1 ANÁLISIS DEL CASO F (FERNANDA): SILENCIO Y TRAUMA. RECORRIDOS POR LAS HUELLAS DEL VACIO HASTA LA CONSTRUCCIÓN DE UN ESPACIO DE SEGURIDAD INTERNO.

1. Tabla resumen de la entrevista

<p>51 años, casada, vive con el marido y una hija de 29 años.</p> <p>Educación Primaria. Ama de casa.</p> <p>Diagnóstico de la Fibromialgia en el 2010. Irrupción de manera lenta.</p> <p>No lo asocia con nada.</p> <p>Depresión, ansiedad, angustia, miedo o poca tolerancia a estar en sitios cerrados y sola en su casa, artritis, artrosis, diabetes, osteoporosis, problemas ginecológicos (operación de mioma), reumatismo.</p> <p>Las estrategias que usa para combatir el dolor o malestar son: manta eléctrica, calor y reposo.</p> <p>Post Test: Trabaja como locutora de radio y ha disminuido la toma de medicación, una pastilla menos por las noches (Valium).</p> <p>Post Test I: No trabaja como locutora de radio, no existe variación en la evolución del síndrome y tratamiento farmacológico con respecto al Post Test.</p> <p>Entrevista siete meses después de la finalización del tratamiento: se mantienen los cambios informados del último Post Test I.</p>
--

Descripción de los atributos sociodemográficos:

Fernanda es una mujer de 51 años, casada, vive con su marido y una hija de 29 años. Ha cursado estudios de Educación Primaria. Cuando se realizó la primera entrevista no trabajaba y al poco tiempo de empezar los talleres empezó a trabajar en la radio, presentando un programa. Se dedicaba principalmente a las tareas de casa y anteriormente ha trabajado en el campo.

Descripción de los atributos clínicos:

Le han diagnóstico el síndrome de la fibromialgia entre dos a tres años y pasaron entre cuatro a cinco años desde los primeros síntomas hasta que se lo diagnosticaron e inició el tratamiento farmacológico cuando se lo diagnosticaron. El proceso de irrupción del síndrome ha sido lento y presentaba los síntomas habituales: dolor de cabeza, dolor en la parte inferior y superior del cuerpo, cansancio y además también sufre de dolor en las articulaciones.

No asoció con nada una posible causa u origen de la fibromialgia.

El tratamiento farmacológico que toma es: Adolonta, Zalciar, Voltaren, Omeprazol, Diclofenaco, Tramadol clormidato, Pregabalina, Condrosulf.

Antecedentes clínicos:

Tiene como antecedentes depresión. Su abuela y madre sufrieron (enfermedades que solo lo han sufrido generaciones anteriores, las mujeres de su familia), degeneración de huesos, envejecimiento prematuro, problemas del corazón. Fernanda sintió que empezaba a sufrir el mismo deterioro y estado de enfermedad que sus antepasados.

Actualmente presentaba: ansiedad, angustia, miedo o poca tolerancia a estar en sitios cerrados y sola en su casa, artritis, artrosis, diabetes, osteoporosis, problemas ginecológicos (operación de mioma), reumatismo.

Infancia, adolescencia y relaciones sociales:

Descripciones de su familia (madre y padre):

Una relación común. Mi madre siempre atacada, rabiando. Mi padre relajado y manteniendo el dinero. Mi padre, de estos hombres que manejan el dinero y así creo que yo he cogido el dinero con mando como revancha. Mi padre le daba el dinero y justo y cuando se murió mi padre, encontraba a mi madre como una cría chica, que nos ponía chucherías en la mesa por decir algo. Se encontraba perdida con tanto dinero, ¿cómo administra ella eso?. Eso es algo que recuerdo mucho y eso me ha afectado en decir, yo manejo. Pero en otras cosas no las he afrontado como yo hubiera querido siempre es 1º ellos, mi familia y luego yo la última. Me siento un poco frustrada de no cuidarme, de dedicarme a mí. Mi padre se murió hace 33 años, con 55 años. Yo tenía 18 años, fue muy desagradable, era muy joven, la primera muerte, fue muy duro. Se murió de cáncer de páncreas. Mi madre siempre muy enfadada, no sé si es de esa época: pegaba más voces, muy fuerte. Me sentía que me daba regañeras injustas. Después ella cambió bastante, hasta el punto que yo la comprendía más y que ella fue calmándose sus ansías. Cuando ella mejoró yo pude entenderla mejor.

Describió a la madre como:

Recuerdo su potencia de voz, el genio y sus problemas de huesos, tuvo un envejecimiento prematuro y un proceso de muerte muy doloroso.

Arteterapeuta: ¿pudiste recuperar algo de tu infancia?

Fernanda: *Sí, mi madre era tierna, dulce lo que pasa es que era muy fuerte, muy fuerte y tenía que sacarlo.*

Tiene una hermana de 58 años y ella es la pequeña. Las relaciones sociales tiene pocas, pero buenas y la escuela tiene recuerdos de ella asustada, seria, tímida.

Tiene miedo de encontrarse aislada, tenía un mote que la decían "la gigante de los pelos", la llamaban así por ser muy alta.

La relación con su pareja la definió como buena, lleva 30 años con la pareja. No ha tenido otra pareja anterior. Su marido trabajaba en una panadería y es abogado.

Cree que la fibromialgia puede influir en los principales conflictos de pareja. Las estrategias que usa para combatir el dolor o malestar son: manta eléctrica, calor y reposo.

Cuando presentó episodios de dolor e incapacidad percibió que su pareja, hija, amigos a veces la alentaban y ayudaban, pero en parte también estas personas excepto sus amigos sentían que la ignoraban un poco con respecto a su enfermedad, al igual que percibía una cierta recriminación por parte de la pareja, así como, enfadándose, y mencionó también que en ocasiones si percibió que su pareja e hija la animasen para que fuese más activa. No se sentía suficientemente apoyada por el entorno médico. Las situaciones o estados que agravarían los síntomas de la fibromialgia son agobio a sentirse sola, el decaimiento, un día gris, cerrado y estar sin poder moverse y se tenía que quedar obligatoriamente en casa, sentía fobia a estar sola en casa y encerrada. Y las situaciones que la atenúan fueron leer, escuchar música y actividades sociales.

Fatiga Crónica se inició al mismo tiempo que la fibromialgia.

Post Test: A diferencia de la primera entrevista trabaja en la radio como locutora, y ha modificado la medicación, ha disminuido toma una pastilla menos por las noches (Valium).

Post Test I: no trabaja, ama de casa. Tuvo bajas laborales por la fibromialgia el tiempo que estuvo en la radio, y cree que la han despedido por eso. No existe variación en el tratamiento, y dolor con respecto a la última entrevista.

2. Tabla: temas principales:

Material traumático o procedimental
Abandono:
Asesinato de su abuelo y pérdida de su abuelo materno.
Duelo sin elaborar por parte de la familia. (Trauma transgeneracional).
Vacío o hueco, tema tabú y prohibido en la familia.
Crisis:
Familiar del trauma de la muerte de su abuelo.
Trauma, síndrome de la fibromialgia y caos corporal.
Talleres y documental: elaboración creativa del trauma.
Fibromialgia y psicopatología.
Modelo de feminidad vigente:
Modelo de las figuras de los vínculos fundantes segados por la heteroasignación patriarcal.

1º FASE DEL TALLER: 1 AL 6. MIEDOS E INSEGURIDADES:

Un aspecto significativo recogido durante las entrevistas iniciales, fue la descripción que hizo de su madre y la relación vincular con la misma. Por un lado, observamos que señalaba el antecedente de hasta cuatro generaciones anteriores que ella recordase de mujeres, cuyo envejecimiento y muerte estuvo atravesado por el dolor. Incluso, la paciente empezó a preguntarse si ese sería el sentido de la fibromialgia, en cuanto a la vivencia de que la enfermedad estaba actuando a modo de caos corporal con un deterioro imparable. Fernanda se hacía este interrogante por el parecido que encontraba entre su situación a los recuerdos que tenía de su madre, abuela y lo que las mismas le habían contado de sus antecesoras. El rasgo común era el deterioro rápido del cuerpo, el padecimiento de mucho dolor y el género femenino como género predominante que lo sufrió en su familia. Este dato de género se podría relacionar con las observaciones que Távora, (2010); Observatorio de Salud de las Mujeres, (2004-2007) señalaron entre el empeoramiento de la salud, particularmente en las enfermedades que afectaban al dolor, al campo corporal y las mujeres, como respuesta nociva procedente de la construcción cultural sesgada por el patriarcado.

Dura y Beck (1988 en Cigarán, 2004) en las conclusiones escritas de sus estudios realizados, señalaron que en las familias en las que la madre padecía dolor crónico, las propias pacientes, sus esposos y sus hijos también mostraron en mayor medida elevados niveles de depresión que los de las familias que no tenían problemas de dolor.

Por otro lado, otro punto significativo encontrado hacia su madre, ha sido un rechazo y confusión en relación a la situación de indefensión a la que la madre se vio inmersa una vez su padre falleció, en la cual, ella decidió "manejar" el dinero para que no le ocurriese como a su madre.

"...Encontraba a mi madre como una cría chica, que nos ponía chucherías en la mesa por decir algo. Se encontraba perdida con tanto dinero..."

Señalo este aspecto a analizar, en cuanto a la importancia del mismo como posible condicionamiento de la construcción de su yo a través de la negación del primer modelo femenino, la negación como una no correcta separación del modelo original, pudiendo actuar a modo de interrupción de su propia construcción subjetiva.

Así como, si atendemos a las contradicciones recogidas en relación a las descripciones dadas de su madre, por un lado se recogería: *siempre atacada, rabiando, sentía que me daba regañonas injustas... recuerdo su genio...su potencia de voz... por otro lado positivas: era tierna, dulce pero tenía mucha fuerza y lo tenía que sacar...* Todo ello, nos permitiría analizar teniendo en cuenta las teoría objetales de Klein (1923) que podría presentar una relación vincular con la madre, caracterizada por una marca estructural de escisión primaria y un apego de ambivalencia. Autores de la teoría psicoanalítica como Ana Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, Françoise Dolto, Maud Manonni, Mahle, entre otros, señalaron la relación entre la falla de la marca estructural con el Otro (el vínculo fundante, madre o persona que actúe como sostenedora) con la dificultad para la separación, y los síntomas psicopatológicos como el único modo para poder individualizarse.

Encontramos en Fernanda que durante mucho tiempo ha tenido una gran confusión con su madre, al no comprender su carácter ni la forma de tratarla, tal y como dijo:

"Ya de mayor ella cambió bastante, hasta el punto que yo la comprendía más y que ella fue calmándose sus ansias. Cuando ella mejoró yo pude entenderla mejor".

Esta narrativa nos ilustraría como el cuerpo materno se presentaría como un cuerpo extraño, desconocido, ambiguo, contradictorio, escindido entre figura buena y mala y que ya pasado el tiempo

y siendo ella adulta (constituido ya su yo) encontró nuevas vías de acercamiento y comprensión hacia ella que hasta el momento no existía.

Otro aspecto muy importante a subrayar recogido tanto a nivel verbal como no verbal (a través de las obras), ha sido la relación que existía entre aspectos de su identidad relacionados con la figura de su abuelo materno, así como, información autobiográfica traumática.

En el primer taller se trabajó con la propuesta: *hacer una carpeta y decorarla con el nombre*.

Materiales: variados.

Fernanda citó:

Mi nombre que me nombra es el nombre de un hombre muy querido y recordado en mi infancia. Él era mi abuelo, el hombre que dejó la huella suficiente para que mis padres decidieran que su recuerdo debería perpetuarse en mi persona. Soy yo pues, la depositaria de la memoria que no se desea perder. Esa memoria que nos recuerda de dónde venimos y así nos ayuda a saber quiénes somos. Pronto aprendí el valor de la identidad. El valor de mi familia le daba a hilar aquello que no se desea perder en el laberinto de la desmemoria. Mi nombre X es el vivo recuerdo de mi abuelo X fusilado en la guerra civil. Mi abuelo se lo llevaron de su casa y ya nunca más volvió. Mi familia lo esperó largos años y de él les quedó el amor que siempre le tuvieron, su ejemplo y su recuerdo, un enorme dolor por su pérdida y su nombre, mi nombre.

Se establecería una relación con la figura del abuelo, con similitud de rasgos en la base de su identidad en torno al activismo, compromiso político, la pérdida (el vacío), el acontecimiento traumático sin elaborar por parte de su familia en relación a la pérdida de su abuelo. Fernanda dijo que la familia a través de ponerle el nombre a ella de su abuelo, quisieron no olvidarlo y recordarlo a través de ella. De algún modo simbólico ella con su nombre estaría portando un suceso no elaborado. Se podría asociar nuevamente con el rasgo que mejor define a la fibromialgia, el dolor.



Imagen 49: Presentación

A través de la espiral quiso representar sus sentimientos contradictorios, indecisiones, miedos para hablar en público, estar en grupos grandes, su timidez, las dificultades para

tomar decisiones y los miedos en torno a los cambios que estaban viviendo con el síndrome recientemente.

Fernanda dijo:

"...Recuerdo un gran vacío, un hueco desde pequeña, cosas sin explicar, que no podía entender".

Desde el inicio del taller se ha definido como *una persona tímida, con dificultades para adaptarme a un grupo, a hablar, dificultades también en la escuela. Me sentía tonta, siempre agachaba la cabeza para que el profesor no me preguntase, y claro el profesor quería que yo aprendiese y siempre me preguntaba, yo me decía pero que le ha dado a este profesor conmigo.*

Fernanda a través del taller compartió su pasión por el campo y el conflicto que vivía ante las limitaciones de la fibromialgia para trabajar en él. Podríamos observar un conflicto entre los deseos de la mente y las limitaciones del cuerpo.



Imagen 50: Agricultura

Fernanda escribió:

El proceso ha sido agradable, tranquila, relajada, me siento sola, aislada, siento que estoy en una faceta de mi vida de escuchar, observar, estar callada y si puedo mejor no hablo. Me siento incómoda al iniciar una conversación.

Paralelamente, ella enunció ciertos cambios beneficiosos experimentados en esta primera fase:

"...Tengo que agradecer al grupo lo mucho que estoy aprendiendo, escucharos a vosotras me da tranquilidad, me hace comprender mejor lo que me está ocurriendo con la fibromialgia".

2º FASE: TALLER 6 al 13. CRISIS.

En esta segunda fase el grupo sufrió una pérdida de una participante quien abandonó los talleres y de manera arbitraria alguna de las participantes podían faltar, afectando la dinámica del mismo. Paralelamente a este proceso grupal (teniendo en cuenta el significado que cada una de las participantes le otorgaba a la ausencia del otro), Fernanda hizo la siguiente obra.



Imagen 51 Crisis

A través de esta imagen ella habló de la crisis que estaba sufriendo la sociedad.

Dijo:

Es una crisis profunda, no solo económica, sino también de valores. Soy la presidenta de una asociación para mujeres y me entristece ver la pobreza que hay a mi alrededor.

En el octavo taller se trabajó con la propuesta: escoger una obra, destruirla y hacer una obra nueva. Fernanda seleccionó la obra de la crisis del taller seis e hizo la siguiente:

Monstruo de la crisis. A través de esta imagen habló de cómo se sentía en relación a la crisis:

“Siento ansiedad, desesperación y angustia. Estamos en una crisis muy profunda. Lo ha llamado, ARRIBA LA REPÚBLICA”.



Imagen 52

Asoció la crisis económica, el color azul- derecha con la enfermedad con la fibromialgia.

Dijo:

El trabajo realizado trata de representar la situación de secuestro y dominación y explotación a que se ve sometida toda la clase trabajadora que como yo tratamos de vivir de nuestro trabajo. Esta situación de dominio al pueblo la ejerce el poder económico y la derecha política que yo he representado con una línea azul. El sol es para mí la esperanza de que el pueblo tomemos conciencia del poder de nuestra fuerza, que si se une es mucho más grande y fuerte que las fuerzas que nos rodean y amenazan con ahogarnos cada día. El presente es lo que nos rodea de día y de noche, la angustia de la gente. República es el futuro sin ataduras.

En este taller expresó sus sentimientos de ansiedad, frustración, miedos que vivía ante la situación de crisis social, política y económica. Describió la situación de pobreza de personas cercana a ella, en su pueblo. Poco a poco en el siguiente taller fue relacionando esos sentimientos con los miedos y angustia que estaba viviendo ante la irrupción de la sintomatología en su cuerpo y la respuesta del personal médico quien siempre le decía que era normal cuando para ella estaba suponiendo un caos en su organismo, y posteriormente, fue ampliando cada vez más aspectos de su subjetividad, mediante el comentario que le devolvió la paciente Herminia de su obra y el parecido de la misma con un tren. Cuando Fernanda escuchó la palabra tren, automáticamente lo asoció al secuestro de su abuelo en la madrugada, a quien lo metieron en un tren y nunca más se supo de él. La dominación del bando de la derecha frente al bando ideológico de su familia tras el aplastamiento de la guerra, y concretamente recordó el silencio tan grande que se hizo en el seno familiar y que vivió durante toda su infancia, tras la desaparición y asesinato de su abuelo.

A través de la obras y las narrativas asociada a las mismas, la paciente fue construyendo puentes entre el proceso creativo, el material somático de la imagen, lo que verbalizó a nivel consciente (durante las entrevistas) con la imagen creada, generando nuevas narrativas y sentidos a su historia,

a su dolor, que le derivó a una mayor toma de conciencia de su sufrimiento actual ligado a su novela familiar. Relacionar el trauma como huella que atraviesa el sufrimiento psíquico tal y como Fernanda citó *Soy yo pues, la depositaria de la memoria que no se desea perder*, le permitió pensar en el trauma de la pérdida, la no elaboración de la ausencia de su abuelo por parte de su familia, y los efectos que había tenido en ella, en su proceso de construcción identitaria, sobre cargándola psíquicamente de la figura del muerto. Hasta ahora, no había podido asociar que esa parte de su historia podría haber condicionado tanto sus miedos y conflictos internos. Esta impregnación psíquica del abuelo, le podría haber impedido una construcción sólida propia, que le podría haber llevado a una ausencia de sí misma, porque su lugar estaría cargado por la figura de su abuelo. La crisis política de España que relacionó con el secuestro y la dominación de los bandos políticos que acabaron con la vida de su abuelo, nos podría señalar a través de la crisis que vivía corporalmente con la fibromialgia, como ella podría haber sido "secuestrada", "dominada" y "explotada" por su familia quien le habría fijado en un lugar, impidiéndole por tanto, poder ocupar su propio lugar.

Según Freud (1981) en una situación de catástrofe psíquica la persona se daña en un doble sentido: queda dañada ella misma y como miembro de una cadena.

Si bien es verdad que el factor trauma está en la base del sufrimiento de gran parte de las enfermedades mentales, para Barrera (2005); Cigarán (2004/2011); Col y Fordyce (2008) Gómez (2007), señalaron la persistencia de un evento traumático en sus vidas como antecedente de la fibromialgia y en el caso de Fernanda, se podría abrir el interrogante si el acontecimiento traumático, estuviese en la base de su sufrimiento, actuando la fibromialgia como entidad somática.

A raíz de este taller pudo reflexionar con profundidad cómo su familia a través del silencio, trataron de normalizar una situación, que no había elaborado porque el miedo les paralizó y pudo también tomar conciencia de cómo ese silencio le afectó a ella como acto amenazante para su integridad psíquica.

Davidovich, (2014) decía las personas que estaban atravesados por los efectos traumáticos que ocasionaba el silenciamiento, el silencio se convertiría en el único instrumento posible de comunicación y no comunicación del acontecimiento traumático, señalando que los silencios no encubren la verdad, sino que son ellos mismo la verdad. Corcoles, (2010) decía que un trauma psíquico es un suceso de la vida que por su intensidad y efecto impedirían a la persona responder de manera adecuada, quedando sobrepasada la capacidad de elaborar y de hacerse una representación mental de lo que estaba sucediendo, porque no se puede pensar las heridas del silencio. Los efectos del trauma se reflejaría en que quedaría afectados la imagen que uno tiene de sí mismo, cierto equilibrio libidinal y económico o una manera particular de vincular y desvincular los afectos con ciertos discursos y la capacidad de poder identificar, comprender el malestar propio, así como, poder explicarlo a los demás.

Fernanda dijo:

"...Mi abuela solía a ir a las vías del tren, que vivíamos muy cerca y se quedaba esperando a que llegase el tren. Cuando el tren se acercaba sus ojos se ponían brillantes, se emocionaba pensando que mi abuelo podría ir en ese tren, pero mi abuelo nunca volvió. Mi abuela estuvo yendo a las vías del tren hasta que se murió. Me solía llevar, pero me decía que no se lo contase a la familia porque si no la regañaban, y la tomaban por loca. Yo solía ir con ella a esperar, pero yo no sabía que es lo que esperábamos. Ahora que lo recuerdo fue muy triste..."

Paralelamente, en este proceso del taller ella empezó a tomar contacto con una periodista de Francia, quien sufrió una historia parecida a la suya. Colaboró con ella para crear un

documental en torno a la guerra civil y Fernanda contó la historia de su abuelo. Le llamó mucho la atención la educación que esta mujer recibió sobre la información que le dieron a ella de manera clara, transparente de lo acontecido y la que ella recibió a través de una situación “aparentemente normalizada”, que le produjo en ella un agujero interno. Recordó los enfados de sus padres hacia ella, un ejemplo que citó:

Como ya bien dije mi nombre procedía de mi abuelo. Mi abuelo era del bando rojo, le recomendaron huir porque si no le iban a matar, pero él decía que por qué se tenía que ir si él ese era su lugar, y no se fue. Una noche vinieron unos hombres, lo sacaron de la cama, se lo llevaron en un tren y nunca más volvió. Fue algo muy triste para la familia, hubo una crisis familiar. Nadie quería hablar del tema. Cuando yo me juntaba con alguna niña que su padre era militar me lo prohibían, pero no me explicaban por qué. Yo siempre he vivido secretos en mi casa, cosas que no se hablaban pero estaban ahí, y yo no entendía. Ahora, que conozco a otras personas que vivieron algo parecido y me cuenta que en su casa se explicaba todo, me doy cuenta del silencio tan grande que había en la mía, había miedo.

Podríamos pensar a raíz de la crisis vivida en el grupo, por el abandono de una paciente y la ausencia que se producía de manera discontinua de otras pacientes por sufrir malestar que le “impedían” venir, le podría haber conectado a Fernanda con la memoria traumática en relación al abandono y crisis familiar, metaforizado por las obras de “Crisis” y “Arriba la República”. A través de este espacio empezó a nombrar recuerdos que pensaba tenía olvidados, emociones en relación a la rabia, tristeza, odio, incompreensión, vacío, duda, malestar y empezó a identificar como ante la pérdida de su abuelo se generó un malestar en su familia que influyó en ella mediante castigos, y conductas ambiguas por parte de sus padres que no podía comprender. También empezó a asociar esos sentimientos vividos en el seno familiar con otros estados de ansiedad, estrés, miedo vividos en la escuela (dificultades para aprender) y después en la vida adulta en los grupos sociales, como no sensación de no adaptación, y miedo a hablar en público.

Dijo:

*...Recuerdo un gran vacío, cosas sin explicar, cosas que no podía entender.
...Soy consciente que en mi vida he fracasado muchas veces, tantas que no se si considerarme un fracaso. Yo a menudo no me enteraba de apenas nada en el colegio, pero tenía vergüenza de preguntar y que se rieran de mí o que se pensasen que soy tonta. De este modo yo en el colegio trataba de pasar inadvertida de encogirme y querer desaparecer, de que no me vieran. Se trataba de esperar lo suficiente para que la clase terminara. No sé si es por esto que desarrollé una actitud en sociedad de no participar, no lo sé la vida es complicada. Hablar en sociedad es como en la escuela salir a la pizarra y correr el riesgo de que se supiese que no se nada.*

Es interesante poder observar que la paciente desde el inicio de los talleres manifestó que su problemática principal en ese momento era su estado de inseguridad, miedo para poder hablar en público, comunicar y poco a poco esos miedos se fueron desgranando y transformándose en otras conductas socialmente más adaptativas y con una disminución del sufrimiento interno.

La paciente a través de los talleres de arteterapia pudo comprender mejor las emociones conflictivas internas en relación a la inseguridad corporal, miedo, e incapacidad para tomar decisiones, teniendo lugar un espacio de disponibilidad (Fiorini, 2006) para la realización de procesos de elaboración y duelo.

El espacio del taller le ha posibilitado identificar el malestar, darle forma determinada, proyectarlo en un afuera, en donde la imagen de la República podría haber actuado como

espejo, mediante la cual, ella pudo poner palabra a un material anteriormente no nombrado, rompiendo el silencio y enunciándolo, tras tantos años de malestar enclaustrado en un cuerpo atrapado por las fronteras del silencio.

En relación a los beneficios que podría estar obteniendo de los talleres, por un lado, tendría relación a una de las funciones de la creación de la imagen en arteterapia como medio para identificar la memoria somática (Rothschild, 2000 y Van der Kolk, 1994), no verbal, pre verbal (localizada en el área de la amígdala), que habría quedado dañada por los efectos traumáticos y que impediría a la paciente poder pensar en su malestar, e informarlos, posibilitándole a la paciente poder ver momentáneamente material inconsciente a través de las obras, y construir consecuentemente, nuevos recursos en función de la problemática expresada. Por otro lado, otro beneficio en relación de la expresión creativa podría estar relacionado a la simbolización del conflicto y a la capacidad que tiene el arteterapia para construir puentes que unan el silencio, el vacío de lo no hablado, con las posibilidades de restauración a raíz del conflicto. Este trabajo le podría haber ayudado a una mayor conciencia de su sufrimiento y organización de aspectos subjetivos, que le posibilitaría pensarse a sí misma de una manera menos condicionada de las huellas inconscientes del trauma, pudiendo re-significar la imagen interna de sí misma y de su experiencia vital.

El arteterapia se presenta como una herramienta para generar el cambio, en una finalidad orientada a salir del círculo, ampliar las posibilidades, encontrar caminos nuevos, desarrollar capacidades, reinventar, actualizar y mejorar, encaminado al desarrollo del ser humano de manera integral. (Romero en López, 2006).

3º FASE DEL TALLER 13 al 21: RELLENANDO EL VACÍO.

A raíz de comprender y elaborar la historia de su abuelo a través de los talleres de arteterapia y del trabajo que ha realizado creando un documental sobre la historia de lo sucedido, empezó a cubrir ciertos agujeros internos. Participar en la creación del documental le ha permitido poner palabras y reconstruir tanto plásticamente como narrativamente en los talleres el duelo sin elaborar. Los recuerdos familiares le han permitido comprender mejor sus emociones, su dolor, sus miedos y aprender a vincularse de una manera diferente con ella misma y con los otros.

En esta fase también se caracterizó por un sentimiento de conflicto hacia una de las pacientes. En un taller anterior donde se jugaba a hacer roles, Herminia representó el rol del médico, dijo que ella pensaba que el dolor que sentía procedía de un dolor en el alma, de algo psicossomático. El enfado se produjo a raíz de ese comentario porque Fernanda se conectó a recuerdos marcados por el estrés prolongado en el tiempo, la ansiedad y el malestar en torno a una relación tomentosa con su suegra, quien vivía al lado de su casa y quien según ella le había hecho la vida imposible.

Dijo:

...Hace quince años estuve viviendo con mi suegra, una persona que me hacía la vida imposible, mucho daño y me encontraba mal en ese pueblo de ella. Mi marido me apoyaba a mí, menos mal, sino me habría vuelto loca. He sufrido un tiempo prolongado de estrés, ansiedad hasta que finalmente decidimos cambiarnos de casa y de pueblo. Todavía tengo pesadillas con que sigo viviendo en la casa al lado de la suya. Me siento enfadada con el médico, no me creo que lo que me suceda pueda venir del dolor emocional, de mi pasado, me siento enfadada.

El hecho que narrase sobre las dificultades vividas con su suegra, nos ilustraría nuevamente la imagen devaluada de sí misma, las dificultades para poner los límites y los efectos a nivel corporal (angustia, bloqueo, desbordamiento) que durante todo ese tiempo experimentó.

En el treceavo taller, denominó su obra como la caja de la creatividad. A la derecha puso en amarillo "los amigos" a la izquierda: "SOLO LOS SUEÑOS". Representó la caja de la creatividad, su lugar y en el catorceavo taller construyó un puente para que la gente de fuera también pueda entrar en el espacio de adentro.

En citas donde Fernanda decía "...tumbarme en el sofá, con las cortinas corridas, a oscuras, me aparto de la gente porque me duele mucho el cuerpo".

Ahora se podía recoger esta obra como marcadamente simbólica, porque ahí donde había una ruptura entre el afuera y el adentro, este puente creado por la paciente, podría simbolizar el elemento que le permitiría conectarse, vincularse de una manera menos amenazante con el exterior, cumpliendo de tal modo, la creatividad una *función estructurante de la subjetividad*. (Jung, 1912).



Imagen 53

Fernanda dijo que ahora se sentía diferente, más sociable, comunicativa y que podía gestionar mejor el dolor.



Imagen 54

Ella dijo que el hecho de estar con un grupo de personas que *lleva más años que yo con el síndrome me ha ayudado a normalizar la sintomatología y comprender mejor lo que me sucedía y me ha permitido disminuir el nivel de ansiedad que eso me producía.*

Las pacientes realizaron unas tareas a realizar en casa, Fernanda escribió:

Tomo aire y también veo todo lo conseguido y todo el camino recorrido y pienso que lo conseguido es lo que más me importa. Y ahora también sé que puedo conseguir muchas cosas, casi todas las que me proponga si lucho por ellas. Pero los sentimientos y reflejos del espejo no son nunca nítidos y claros, se mezclan y del balance no sé si gano o pierdo y por eso puedo querer a los demás. A través de este taller he aprendido y compartido la fibromialgia. He conocido mi enfermedad porque hasta ahora, sólo la padecía. Ahora acepto mejor todos estos síntomas y, en cierto modo a manejarlos mejor.

En el diecisieteavo taller se propuso una visión retrospectiva de sus obras y se hizo una entrevista.

Arteterapeuta: ¿Hay alguna obra en especial?

Todas las he hecho con mucho mimo, cuidado, con lo que yo sentía.

Fernanda habló del proceso del documental que está creando con la periodista de Francia, dijo:

"...Sí, me está sentado muy bien hablar con ella de nuestra historia, saber de su historia, contar la mía".

Arteterapeuta respondió: a mí me parece que quizás podrías haber hecho un trabajo de simbolización y reparación con el trauma familiar, ya no solo que pudieses ponerle voz, sino también que pudieses crear algo a raíz de ese vacío para poder reparar el efecto que te causó y las posibles consecuencias que ha podido tener.

Fernanda:

Si, me está ayudando a entender, a entenderme mejor a mí, quién soy, a comprender, y eso me ayuda a rellenar este vacío interior.

Arteterapia:

Es significativo como de esa falta de información con respecto a su desaparición podría estar relacionado (por las narrativas que has compartido durante el turno de palabra con las obras que aludías a esta problemática) con prohibiciones, tensiones musculares, enfados injustos hacia ti, y como eso habría podido influirte en tu proceso de aprendizaje en la escuela, y de integración social en los grupos.

Fernanda:

Si, lo que me ha ayudado es comprender que no es que yo fuese tonta, o que no valiese, sino que había cosas ahí que no entendía. Ahora que comprendo más me comunico más, me siento menos amenazada en grupo y siento menos tensión y dolor en mi cuerpo.

En el taller veintiuno Fernanda dijo:

“Yo he representado también una maraña para simbolizar como llegué al taller, hecha un lío, con inseguridades..., miedo a hablar en público..., ...pero al poco tiempo fui perdiendo el miedo y empecé a encontrarme mejor. Estar en el grupo y escuchar a mis compañeras me ha ayudado mucho a comprender mejor lo que me estaba pasando, lo que es la fibromialgia, antes tenía mucho miedo porque no sabía lo que le pasaba a mi cuerpo y oír sus historias me...(se queda pensando).

...Si, sentir que no eres la única, que en eso somos todas iguales. Recordar a mi abuelo su historia y ahora lo estoy trabajando con esta mujer de Francia que también perdió a su abuelo. Me gusta hablar con ella y me habría gustado que me hubiese explicado las cosas como se lo explicaron a ella, allí en Francia los padres hablan a sus hijos de lo que ocurría, en mi casa todo era silencio...Algo que me he podido dar cuenta es que yo pensaba que era tonta, que no valía lo suficiente y era que me faltaba información, los miedos que tenía me impedían avanzar.

Antes solo quería estar callada, tenía miedo, muchas cosas sin comprender. Mi suegra me mangoneaba y yo no era capaz de decir nada, ahora es diferente, le pongo límites. Los talleres y el trabajo del documental me ha ayudado mucho y darme cuenta también que tenía la historia de mi abuelo ahí, creía que era algo olvidado y sin embargo me atravesaba entera”.

Arteterapeuta:

En cierta manera es como si en ese silencio familiar, la comunicación que a ti te faltó para poder integrar la experiencia de pérdida, pudiese haber condicionado tu crecimiento, reflejándose en la dificultad para aprender por los miedos a hablar, a integrarte en los grupos sociales, poner límites, y poco a poco se podría haber creado un sentimiento de inseguridad, de minusvalía, una percepción de sentirte más perdida, de no poder decidir, tomar decisiones, tal y como representabas en la espirales iniciales. Y abrir las posibilidades de reflexión sobre el posible papel o lugar que podría tener la fibromialgia a modo de irrupción amenazante en tu cuerpo.

Fernanda:

...Si, ahora eso ha cambiado, ahora es como que soy de más (se ríe), ahora no me callo. Salto, mi familia dice que me notan cambiada, ahora viene mi suegra y hay algo que no me gusta y se lo digo y antes me callaba, me iba.

En cierta manera puede gestionar mejor las dificultades que presentabas y decidir en función a tu deseo.

Arteterapeuta:

Creo que tu participación dentro del grupo, ayudó a que el grupo pudiese tomar conciencia de cierta crisis grupal que se estaba produciendo y a través de tus obras Crisis y República, facilitaste un cambio en la dinámica grupal.

Fernanda:

"A partir de ese momento, cada una del grupo pudimos darnos cuenta como nos afecta de manera diferente el hecho que alguien no esté, que falte y como hablaba de nuestras historias personales, más allá a si podemos venir al taller o no por la enfermedad".

Podríamos pensar que los beneficios que la paciente ha informado que ha experimentado, podría tener lugar al hecho que a través de la creación, ha podido construir el lugar de reconocimiento de su abuelo, le ha podido dar un sentido, enunciarlo, darle voz y ello, le habría permitido a ella misma tener el lugar que le correspondía, construir su propio reconocimiento y auto afirmación de sí misma tras la validación del lugar de su antecesor.

7.7.4.2 Conclusiones del análisis del Caso F (Fernanda):

Con el caso Fernanda se podría señalar que se podría haber realizado un trabajo de elaboración de la marca traumática que presentaba, tanto de una posición subjetiva marcada por la ambivalencia, contradicciones constante en la relaciones vinculares sociales y por el trauma heredado por la familia. No se podría fundamentar que se ha hecho un trabajo de elaboración de material intrapsíquico relacionado a la fibromialgia, porque la paciente en todo momento ha traído una marca traumática muy significativa en el desarrollo de su identidad. Desde esta investigación se trabaja con la metodología heurística, en la cual, la arteterapeuta aunque haya diseñado unos objetivos previos a trabajar, a de adaptar la intervención a la realidad encontrada y abordar el material intrapsíquico que la paciente está trayendo.

Se ha podido establecer relaciones entre el trauma, género, psicopatología con la fibromialgia, analizando la fibromialgia como el síntoma del atravesamiento del dolor y caos corporal que vivía la paciente. La paciente pudo tomar conciencia de la relación existente entre su malestar, miedos, angustia y respuestas de somatización con su historia atravesada por el trauma, pero no manifestó insight entre la fibromialgia en sí, el trauma y psicopatología. Dado que el trabajo se ha centrado transversalmente en un trabajo de elaboración del material traumático, se va a señalar por un lado, las conclusiones propias de este trabajo específico y por otro lado, se señalarán las conclusiones concernientes a los objetivos específicos de los talleres para abordar el material relacionado a la fibromialgia.

A través de los talleres ha podido mejorar la autoestima, el sentimiento de auto valía, aumento de un mayor autoconocimiento de sí misma y de la historia familiar, que le habría permitido cubrir huecos internos que le impedirían una normalización de la sociabilización y aprendizaje; ha podido dar significado a sucesos autobiográficos que no podían comprender

o que lo asociaba a una falta de valía y todo ello, ha sido posible al crear imágenes conectoras con su inconsciente que le habría permitido nombrar, romper el silencio procedente del acontecimiento traumático.

A través de las obras la “crisis” y “arriba la república”, expresó sus sentimientos de dolor, angustia e injusticia ante la crisis social. Paralelamente a través de la observación de la imagen y la conexión a estados corporales rememoró la crisis vivida en su familia ante el asesinato de su abuelo, por parte de los padres (mediante prohibiciones, restricciones, conductas de ambivalencia) hacia ella de recibir rechazo, malestar por parte de los vínculos fundantes pero sin ninguna explicación y todo ello, marcado por un silencio. A través de la rememoración de los recuerdos de su abuelo, ha vivido la nostalgia, melancolía, el duelo sin elaborar de la muerte, la tristeza y la espera. Revivir estas emociones a través de la proyección de las obras, le ha permitido comprender mejor las dificultades que ha tenido durante la infancia, en la escuela, en los grupos sociales en torno a miedos muy profundos para hablar y poner límites. Poder identificar, asociar y ponerle voz a través de la creación y la elaboración y resignificación, le ha permitido llenar el vacío sin elaborar y construir recursos para rellenar ese vacío mediante el saber, la comprensión, que al mismo tiempo, le habría posibilitado construir una nueva imagen de sí misma menos desvalorizada y carente.

Reconstruir su historia, identificar emociones, relacionar estados de malestar con sucesos autobiográficos con su situación actual le habría posibilitado reestructurar y organizar aspectos de su subjetividad de una manera más integradora.

La toma de conciencia le podría haber posibilitado reestructurar su imagen interna de sí misma, en la cual, informó que se podía posicionar en un lugar diferente a una posición pasiva, “masoquista”, en donde ha empezado a sacar la suficiente “agresión” narcisista para definir su yo; poner los límites a los demás; decir que no; hablar en público; adaptarse mejor socialmente; aumento de la autoestima y valoración de sí misma; pensarse; significarse e identificarse desde otros lugares menos fijados por el material traumático y más cercanos al autoconocimiento y conexión con su cuerpo, así como, una flexibilización de los mecanismo de defensa, deseos y necesidades; y un aumento del autocontrol, ordenación de aspectos de su subjetividad, nuevas formas de relacionarse consigo mismas y los demás, con una mayor capacidad para decidir desde sí misma; y por lo tanto, un mayor agenciamiento de su mundo emocional.

Tabla de palabras claves:

<p>Dolor; fibromialgia; caos corporal; deterioro; madre (atacada, rabiando, regañinas injustas, genio, potencia de voz, tierna, dulce, fuerte); abuela; mujeres de la familia; rechazo; confusión; indefensión; negación; contradicciones; comprensión; identidad; trauma; abuelo; infancia; huella; perpetuarse en mi persona; laberinto de la desmemoria; activismo; compromiso político; la pérdida (vacío); espiral; indecisiones; miedos; timidez; hueco interno (cosas sin explicar); limitaciones; conflicto (entre el deseo y el cuerpo); agradable; tranquila; relajada; aislada; escuchar; observar; estar callada; Monstruo de la Crisis; República; angustia; ansiedad; desesperación; secuestro; dominación; explotación; tren; silencio; guerra; asesinato; depositaria de la memoria que no se desea perder; sobrecarga; normalizar una situación; esperar; ojos brillantes; agujero interno; huir; secretos; ausencia; recuerdos olvidados; rabia; histeria; odio; vacío; duda; malestar; castigo; dificultades para aprender; no adaptación; no participar; querer desaparecer; no ser vista; pasar inadvertida; escaparme; soy tonta; inseguridad; duelo; pesadillas; caja de la creatividad; amarillo (amigos); solo sueños; puente (unión del adentro con el afuera);ruptura adentro y afuera; reflejos del espejo; ganar o perder; manejo de los síntomas; documental; rellenar el vacío; menos amenaza; menos tensión; menos dolor; maraña (como llegó al taller); minusvalía; no me callo; soy de más; lugar de reconocimiento.</p>
--

Tabla que relaciona las palabras claves extraídas de NVivo 10 con las categorías que se han analizado:

Categorías	Palabras clave
Construcción del apego	Madre (atacada, rabiando, regañinas injustas, genio, potencia de voz, tierna, dulce, fuerte); rechazo; confusión; indefensión; contradicciones; infancia; huella; rabia; odio.
Mecanismo de defensa Somatización	Negación; normalizar una situación; Dolor; fibromialgia; caos corporal; deterioro; sobrecarga; agujero interno.
Construcción de la identidad	Trauma; abuelo; perpetuarse en mi persona; laberinto de la desmemoria; activismo; compromiso político; indecisiones; miedos; timidez; hueco interno (cosas sin explicar); limitaciones; conflicto (entre el deseo y el cuerpo); aislada; estar callada; angustia; ansiedad; desesperación; silencio; guerra; asesinato; depositaria de la memoria que no se desea perder; esperar; huir; secretos; ausencia; recuerdos olvidados; rabia; histeria; odio; vacío; duda; malestar; castigo; dificultades para aprender; no adaptación; no participar; querer desaparecer; no ser vista; pasar inadvertida; escaparme; soy tonta; inseguridad; pesadillas; ganar o perder; minusvalía.
Sesgo de género	Enfermedad deterioro corporal y dolor (abuela; mujeres de la familia); esperar.
Simbolización plástica del conflicto	Comprensión; identidad; la pérdida (vacío); espiral; agradable; tranquila; relajada; escuchar; observar; Monstruo de la Crisis; República; secuestro; dominación; explotación; tren; ojos brillantes; agujero interno; vacío; duelo; caja de la creatividad; amarillo (amigos); solo sueños; puente (unión del adentro con el afuera); reflejos del espejo; manejo de los síntomas; documental; rellenar el vacío; menos amenaza; menos tensión; menos dolor; maraña (como llegó al taller); no me callo; soy de más; lugar de reconocimiento.

7.7.4.2 Conclusiones del análisis del caso F (Fernanda):

<p>Objetivos específicos de la 4º fase de intervención</p>	<p>Conclusiones específicas de la 4º fase de intervención. Cumplimiento de los mismo en una escala del 0 al 4</p>
<p>Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.</p>	<p>Este objetivo se ha cumplido a través del trabajo de elaboración del trauma heredado, en donde se obtuvo unos beneficios de aspectos subjetivos que están en la base común tanto del trauma como de la fibromialgia: ha disminuido los niveles de angustia, estrés y ansiedad y la dosis de la medicación. Uno de los efectos colaterales del abordaje del material traumático es que ha posibilitado mejoría en la sintomatología a fin a la de la fibromialgia.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Posibilitar la reestructuración internalizada de la imagen corporal dolorida.</p>	<p>Se ha hecho un trabajo de reestructuración internalizada, poniendo palabras y resignificando cierto material relacionado con el trauma transgeneracional. Se ha reelaborado el silencio acto traumático y el vacío interno</p> <p>Valoración: 4</p>

<p>Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.</p>	<p>El grupo le ha permitido comprender mejor el impacto del síndrome en su cuerpo, porque hasta ahora solo la padecía y a través de los talleres ha podido comprenderlo y adueñarse del mismo.</p> <p>La paciente informó que gracias al grupo y los talleres ha podido gestionar mejor las limitaciones de la fibromialgia al haber adquirido más información, herramientas y recursos para manejarla. Señaló la disminución de la hipocondría, angustia, ansiedad, miedo y tensión muscular al final de los talleres como uno de los beneficios procedentes del mismo.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.</p>	<p>La paciente sí informó de la relación entre lo emocional concerniente al trauma heredado con el malestar, y psicopatismo, pero no tomó conciencia de la relación entre lo emocional, psicopatismo y la fibromialgia. Aunque no haya establecido una relación directa entre psicopatismo y fibromialgia, sí experimentó un alivio del dolor, disminuyendo la medicación.</p> <p>Valoración: 3</p>
<p>Apoyo y acompañamiento en las dificultades emocionales que supone de la dificultad de aceptar el brote de la enfermedad en sus vidas.</p>	<p>Se abordó el conflicto que presenta a nivel mental, de deseo y pasión por la agricultura y las limitaciones del síndrome que le impiden trabajar en el campo. La situación le derivó a trabajar en la radio, otra pasión que no había desarrollado hasta ahora y el grupo le animó a que escribiese libros de cocina para que continuase el trabajo del campo pero desde un enfoque diferente.</p> <p>La paciente informó de la mejoría de la autoestima, reforzamiento del yo, seguridad, claridad mental, fuerza interior y ordenación de su subjetividad.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Reducir los efectos de la enfermedad, fomentar la comunicación y la interacción con otros pacientes.</p>	<p>Este objetivo se ha conseguido a través del trabajo de elaboración del trauma, pero no de la fibromialgia. A través de la vinculación con el material y las devoluciones hechas por otras pacientes, Fernanda ha podido hacer insight, que han sido clave para el proceso de comprensión e integración de la experiencia traumática.</p> <p>Valoración: 3.</p>

<p>Fomentar espacio de empatía e identificación para compartir y narrar experiencias autobiográficas.</p>	<p>A través de la interacción grupal y la asociación libre de la palabra ha compartido narrativas autobiográficas en relación al trauma transgeneracional que vivió su abuela y su madre, a raíz de la muerte de su abuelo, recordando paralelamente, su primeros recuerdos de dolor. Reelaborar estas experiencias creando nuevas narrativas y significados de su novela familiar, le permitió desbloquear aspectos de su subjetividad en conflicto y construir recursos para el empoderamiento de la misma, que le ha proporcionado una mayor seguridad y fortaleza interna.</p> <p>Valoración: 4.</p>
<p>Mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>	<p>Este objetivo se ha cumplido igualmente en el trabajo del material traumático. La paciente informó que a través de la expresión artística pudo tomar conciencia del dolor emocional que vivía, ampliando y ordenando de tal modo, aspectos de su subjetividad.</p> <p>Ha informado los beneficios del taller como un aprendizaje que se ha incorporado en la forma de relacionarse, actuar en ciertas situaciones, de entenderse a ella misma y percibir las situaciones de manera diferente a anterior a la intervención, con menos dolor.</p> <p>Ha reforzado su Self a través del desarrollo de la capacidad de la creatividad.</p> <p>Valoración: 4.</p>
<p>Proporcionar un foro de diálogo para compartir los problemas existenciales.</p>	<p>La interacción grupal le ha permitido "normalizar" la sintomatología en torno a la fibromialgia que lo vivía a modo de amenaza y caos y por ende, informó de haber adquirido recursos para gestionarla mejor, incrementándose una sensación interna de valía y un aumento de la capacidad para conectar consigo misma y con los demás, de manera más plena y presente.</p> <p>Valoración: 4.</p>

<p>Pensar al sujeto desde un enfoque integral y conocer a la persona que sufre el síndrome.</p>	<p>Este objetivo se ha conseguido en relación a los procesos de integración a través de la sublimación, simbolización, recreación, y reelaboración e integración del material traumático. Valoración: 4.</p>
<p>Contribuir, mediante el análisis e interpretación de los resultados de los estudios de casos, a una mayor comprensión de las personas que sufren el síndrome, explorando las diferentes complejidades que influyen en el constructo subjetivo.</p>	<p>Se ha podido recoger el material del trauma como un evento que podría anteceder a la formación de la fibromialgia, tal y como señala fuentes de la literatura. El trauma abordado desde las teorías del aprendizaje, los teorías de género y como huella transgeneracional que marcaría la estructura subjetiva de la paciente y que podría incidir como factores desencadenantes del síndrome.</p> <p>La relación establecida en esta investigación entre el trauma, género, psicopatología y fibromialgia quedaría abierto para futuras investigaciones a reforzar o refutar dichas asociaciones. Valoración: 4</p>

7.7.4.3 ANÁLISIS DEL CASO H (HERMINIA). EL CUERPO COMO TAPADERA, CÁSCARA Y FALSO SELF.

“Cuando estoy en mi casa de repente al pasar por el pasillo, las miro y me meto en la habitación a observarlas, lo que queda por aprender o lo que las obras me muestren de mí...”(Anónimo).

Tabla resumen de la entrevista

54 años, casada, vive con su marido e hijo de 21 años.

Estudios universitarios, educadora social.

Diagnosticado el síndrome desde 1999, pero sufre los síntomas desde que tenía 30 años.

Irrupción de manera lenta. Asoció la SFM a la sobrecarga laboral.

Hace once años se abrió la cabeza, depresión; y trastorno de la ansiedad; tiene fobia a las serpientes y sufre estrés post-traumático, así como, habla de una constante lucha interior, artritis, artrosis, reumatismo, hormigueo en las manos, pies, espalda, cabeza, cara. Sensación de rigidez por las mañanas, ansiedad inusual, irritación intestinal, síndrome seco, y sensación de hinchazón.

Definió su estado como ansioso-depresivo.

Padre murió cuando tenía 18 años, cáncer de pulmón. La madre se murió de una enfermedad multiorganica cuando ella tenía 33 años. Cree que la madre también sufría fibromialgia (repite el parecido de ella hacia su madre). La describe como una persona muy sufrida, y que se callaba todo para ella misma.

Las estrategias que ha usado para combatir el dolor del síndrome son: medicamentos, distraerse, irse de compras y salir de la casa.

Tratamiento farmacológico: Fluotexina; Paracetamol; Norotil, Ibuprofeno; Diaclofenaco. Tramadol; Valium.

Percepciones sobre el origen de la SFM como algo físico, contradicción con el cuestionario de la Fatiga que cree que influye tanto lo emocional como lo físico.

Post Test I:

Informó que seguía en la misma situación y que no se habían producido cambios en el tratamiento farmacológico.

Post Test II:

Se han producido cambios en el tratamiento farmacológico, ha dejado de tomar toda la medicación excepto antiinflamatorio, Nolotil, y Tromadol.

Entrevista siete meses después del tratamiento:

Se mantiene la información dada en el Post Test II.

Descripción de los atributos sociodemográficos:

Herminia es una mujer de 54 años, casada, vive en Granada con su marido y un hijo de 21 años. Ha cursado estudios universitarios y trabaja en la actualidad en el sector público como educadora social y maestra en un centro de menores que pertenece a la Junta de Andalucía. Tiene un turno rotativo de mañanas, tardes y noche. Este dato es muy importante porque en esta entrevista la arteterapeuta le comunicó a ella que en el caso de las personas que sufriesen del síndrome era fundamental tener un orden en los horarios.

La paciente dijo que hasta ahora no se había planteado nunca que el horario de trabajo pudiese influir en la intensidad del dolor, pero que cuando tenía 30 años ella solicitó un cambio de trabajo dentro de la Junta de Andalucía y se lo aprobaron porque pudo fundamentar que estaba enferma, pero que aunque se lo aprobaron no había plazas y finalmente fue pasando el tiempo y desistió. Reflexionó sobre este aspecto fuera del espacio de la entrevista.

Descripción de los atributos clínicos:

Tiene diagnosticado el síndrome de la fibromialgia desde hace más de 14 años, pero ella está sufriendo los síntomas desde que tenía 30 años. El proceso de inicio del síndrome fue de manera lenta y los primeros síntomas fueron: dolor de cabeza; dolor en la parte inferior y superior del cuerpo; cansancio; mareos; vértigos.

Atribuyó como posible causa al origen de la enfermedad a la sobrecarga laboral.

Desde hace diez o doce años tiene un tratamiento farmacológico para la fibromialgia y paralelamente, tiene tratamiento para la depresión desde hace más de treinta años.

Desde Junio del 2005 ha experimentado de forma constante fatiga, (aunque los primeros síntomas lo experimentó hace 15 o 20 años) desde entonces tiene grandes dificultades para concentrarse, y ello interfiere en las tareas laborales, así como en general. Tiene también problemas para recordar cosas.

Síntomas: dolor en la garganta, dolor muscular, en las articulaciones, dolores de cabeza, y los dolores de cabeza son más fuertes desde que experimentaba la fatiga que anteriormente. Dolor generalizado, hormigueo en las manos, pies, espalda, cabeza, cara. Sensación de rigidez por las mañanas, ansiedad inusual, irritación intestinal, síndrome seco, y sensación de hinchazón.

Presentaba niveles muy elevados de cansancio, dijo que aunque una noche durmiese no se sentía descansada.

Definió su estado como ansioso-depresivo.

El tratamiento farmacológico: Fluoxetina, Paracetamol, Norotil, Ibuprofeno, Diacloxacina, Tramadol, Valium. Algunos medicamentos los toma una vez al día y otros de manera alternativa y/o esporádicamente. El nivel de satisfacción con la medicación era medía.

Antecedentes clínicos:

Hace once años se abrió la cabeza; sufre trastorno del ánimo: depresión; y trastorno de la ansiedad; tiene fobia a las serpientes y sufre estrés post-traumático, así como, habla de una constante lucha interior.

Otras enfermedades: artritis, artrosis, reumatismo.

Infancia, adolescencia y relaciones sociales:

Habló de una infancia feliz. Definió la relación familiar de origen como muy buena. Habló de la relación de sus padres como una pareja que se han querido, que han estado muy unidos y que siempre la han atendido. Se lleva ocho años de diferencia con el hermano mayor. En la adolescencia se fue a Granada, estudió en la universidad y desde entonces ha trabajado y vivido en esta ciudad.

Ella aseguró que su madre tenía fibromialgia aunque en esa época no se diagnosticaba y reiteraba en muchas ocasiones que su marido comparaba la situación de enfermedad que ella vivía a como se encontraba su madre antes de morir. El marido le decía que era igual en todas las esferas a su madre: física, personalidad, y en la enfermedad. Este aspecto parece relevante en relación a las devoluciones que le hacía su pareja sobre la identidad de ella.

Su padre se murió cuando ella tenía 18 años de un cáncer de pulmón. Ella dijo que no recordaba ese momento como traumático, porque su madre se encargó de todo y quería evitarles a los hijos cualquier responsabilidad o sufrimiento. Narró episodios como la madre podía estar días enteros sin dormir por estar al lado de su padre. También informó del gran sufrimiento del proceso de muerte del padre y de la madre en el acompañamiento hacia su muerte. Llamó la atención las notas de la arteterapeuta que decía que parecía que la paciente contase la historia como si estuviese ajena a ella, como si fuese un tercero a quien se lo han contado sin haber estado presente. En varias ocasiones se justificó y dijo: *no es que a mí no me afectase, pero que no lo viví mucho porque mi madre siempre se preocupaba que no nos ocupásemos nosotros de él y como mucho llevábamos medicamentos.*

Su madre murió cuando ella tenía 33 años. La describió como una persona muy sufrida, y que se callaba todo para ella misma. Hizo hincapié en otro drama familiar en relación a su hermano. La mujer de su hermano se murió al poco tiempo de dar a luz. El hermano se vio solo con un bebé y se fue a vivir con la madre. Ella dijo que su madre sufrió mucho ante la situación de su hermano aunque no lo comunicase a los demás. La madre se murió de una enfermedad multiorgánica.

Al final de los talleres, Herminia compartió al grupo otra experiencia traumática que alteró la estructura familiar. Su abuelo murió en un accidente de coche y su abuela no supo gestionar la situación. Perdieron el estatus económico viéndose ella y su madre en la calle.

Su relación social la definió como limitadas, sentía que se estaba encerrando cada vez más y que las personas que ella consideraba sus amigos la habían fallado o no habían respondido ante su situación de enfermedad como ella esperaba.

Tenía la percepción que había algo que no podía descubrir, ni comprender pero que estaba dentro de ella. Vivía bajo la percepción o la sospecha de si le había podido pasar algo en la infancia, un abuso o algo chocante. Lo narró de manera insegura, titubeando, por un lado no sabía si se había sugestionado por lo mucho que ha leído sobre las personas que sufren fibromialgia que han sufrido abusos sexuales o si era algo que realmente ha pasado pero que no podía acceder a ello. Habló de la hipnosis como posible vía para acceder a esos recuerdos. Ha preguntado a miembros de su familia sobre su comportamiento en la infancia y si ellos vieron algo raro en un algún momento. Acabó el relato diciendo:

“Soy una persona muy retorcida, obsesiva y posiblemente son mis fantasías, fruto de mi imaginación y que no haya pasado nada pero que llevo con eso mucho tiempo porque yo soy así, retorcida”.

Se puede recoger fuertes sentimientos de culpa y autoreproches.

Las estrategias de afrontamiento que describió para combatir el dolor del síndrome fueron: medicamentos, distraerse, irse de compras y salir de la casa. Se sentía muy apoyada por su marido e hijo, mientras que por el resto de la gente sentía que ignoraban su dolor.

Se definió a sí misma como una persona responsable, ordenada, sociable, solidaria, muy perfeccionista, autoexigente y muy sensible.

La enfermedad ha alterado todas las esferas de su vida: el ejercicio físico, trabajo, ocio, pareja, familia, actividad sexual, sueño, relaciones sociales, en donde ha experimentado un cambio a peor por las limitaciones del síndrome.

En el cuestionario de la fibromialgia atribuyó principalmente la enfermedad a algo físico sin una relación con aspectos psicológicos o emocionales, sintió que ella no podía hacer nada para mejorarse y las perspectivas que tenía en relación al futuro del síndrome eran regulares, creía que el deterioro sería progresivo, más invalidante y limitante con el paso del tiempo. Pero en el cuestionario de la fatiga crónica, en un inicio dijo que al principio de la enfermedad, ella pensaba que la causa era solamente física pero que en la actualidad creía que era tanto física como psicológica.

Tabla: temas principales:

<p>Metáforas para definir la fibromialgia:</p> <ul style="list-style-type: none">-La mariposa-Caracol-Libertad con cadenas-La tapadera para referenciar a su identidad. Identidad tapadera <p>Conflicto entre el modelo de mujer tradicional y modelo feminista.</p> <p>Depresión, secreto transgeneracional e hiperactividad.</p> <p>Identificación con la identidad materna.</p> <p>Madre, abuela personas que han sufrido mucho.</p> <ul style="list-style-type: none">-Muerte de ambas por enfermedad multiorgánica y con mucho sufrimiento.-Modelo de feminidad vigente. <p>Abandono como secreto transgeneracional:</p> <ul style="list-style-type: none">-Pérdida no elaborada por la familia de origen del abuelo paterno.-Abuela y madre situación de extremo desamparo y abandono ante la pérdida del abuelo.-Identificación vocacional de la paciente, asistir a niños/as que viajan en las pateras solos, bajo una situación de desamparo y riesgo extremo.-Percepción de estar abandonando a su familia.-Percepción de autoabandono.

El análisis del material se va a dividir el material en tres partes.

1º FASE DEL TALLER: 1 AL 7: LA CREACIÓN COMO EFECTO DE ADORMECIMIENTO, BIENESTAR Y DESCANSO INTERNO¹:

En esta primera fase se va a exponer aspectos relevantes encontrados en la identificación de la paciente con su madre, conflictos sin resolver, y los efectos que la misma informó en relación a sensaciones de alivio, bienestar y descanso que experimentó durante el desarrollo del proceso creativo.

En el primer taller se trabajó con la propuesta de su nombre, cada una tenía que crear una carpeta y decorar la parte delantera de la carpeta con su nombre y símbolos que representase para ellas su nombre.



Imagen 55

Fue particularmente llamativo en la estética de la obra, el árbol intercalado entre la R y la O y la base parece un césped pero que como un césped que pincha. La imagen no correspondería con la palabra, ella deseaba representar su amor hacia la naturaleza y el estado de calma que le proporcionaba, sin embargo, la estética que transmite la obra podría corresponder con una cierta crispación y dureza.

Es relevante cuando Herminia dijo:

...Me llamo Herminia, viene por mi madre y me gusta mucho. Me identifico con mi madre.

En la primera entrevista la arteterapeuta recogió material en torno a su madre y dijo:

...Mi marido me dice estás igual que como estaba tu madre, estás igual, igual, él dice que me ve igual que mi madre, eso dice él. (Nota: lo repite muchas veces).

...Yo me parezco mucho a mi madre físicamente, bueno ella estaba más delgada y era más guapa, pero sí, nos parecemos.

...Yo me acuerdo mucho de mi madre porque era muy sufrida, de las que se callaban el dolor para ella².

¹ Los títulos siempre corresponde a palabras recogidas durante el proceso de la paciente.

² "...Sí, mi madre tenía muchos problemas de mucho sufrimiento porque además a mi hermano se le murió la mujer joven. Joven, joven, ya ves tenía el niño tres meses cuando se murió, con 26 años y mi madre sufrió mucho de ver a su hijo, al niño tan chico".

Dado el valor significativo que ella le daba a la identificación con su madre, así como, la cantidad de veces que lo traía de manera repetitiva a los talleres, podríamos pensar en una identificación masiva con la madre, en una simbiosis. Desde la orientación psicodinámica se entiende que cuando una persona nace está pegada a la figura holding (figura cuidadora) y poco a poco se tiene que ir diferenciando para alcanzar una correcta separación y construcción sana del aparato psíquico. Si este proceso no ocurre adecuadamente, y el infante no hace la separación con dicha figura, se podría producir psicopatologías relacionadas al campo de la psicósomática (Winnicott, 1979). Se podría pensar que Herminia no ha hecho este proceso de separación y que además de la identificación masiva, la madre podría estar colocada en el lugar de la idealización tal y como aparece cuando se comparó con ella pero citó: ella es “más guapa”, “más delgada”, más..., etc. Se podría recoger una cierta confusión en la identificación materna, donde parece no saber distinguir los límites de diferenciación entre ambas.

Bleichmar (1985: 91) decía en *“El feminismo espontáneo de la histeria”*, que *“la niña vive el paraíso de ser igual al ideal, con quien en virtud de la estructura narcisista (especular, de desconocimiento) de la organización de su Yo, se tenderá a fusionar y confundir. A su vez, el hecho de que la madre sea mujer”... “tienden a no experimentar a sus niñas como separadas y diferentes de ellas, como sí lo hacen con sus hijos varones. Los sentimientos de unidad, de fusión y de continuidad, aunque son sentidos por la madre ante cualquier sexo del hijo, parece ser más masivos y prolongados entre madres e hijas mujeres”*.

Profundizando en la definición hacia su madre, se ha podido encontrar una similitud entre su modo de comportarse dentro de los talleres con la descripción que hacía de ella como una *“mujer muy sufrida, que se callaba todo para ella”*. Se podría establecer una relación entre el deterioro de la madre -quien sufrió fibromialgia (aunque no existía el diagnóstico en la época) y la muerte por enfermedad multiorgánica-con su propio deterioro. Tanto la madre, como su abuela envejecieron de igual manera. Este dato nos podría permitir asociar el estado de dolor con uno de los desencadenantes atribuidos en la literatura (Lev-Wessel, 2013) el trauma secundario. Para la autora, el trauma puede ser heredado de la madre a la hija, tanto a nivel genético como a nivel de aprendizaje de estrategias de afrontamiento y posición frente al mundo, quien la niña desde pequeña encuentra en su madre un espejo (en el sentido que lo define Lacan) en donde mirarse, y desde donde construir su propia identidad. Por otro lado, la enfermedad multiorgánica se podría relacionar con los fenómenos psicósomáticos con la peculiaridad que el género, podría ser determinante para sufrirlo, por el padecimiento que ha tenido lugar en su familia en diferentes generaciones y siempre en mujeres; y abrir de tal modo, la reflexión entre la relación entre el sufrimiento femenino, la inversión del mismo hacia el cuerpo como acto aprendido de manera inconsciente socialmente, a modo de masoquismo femenino (Freud, 1893), con la fibromialgia.

Así como, otro dato que nos podría reforzar la posición de subjetividad de dependencia, de falta de subjetividad, de tener un yo fuerte, sería en torno al material recogido durante la entrevista sobre sus relaciones sociales, al que Herminia respondió:

“...No me hacen caso”, “No me tienen en cuenta”, “No se preocupan de mí con lo mala que estoy...”

Otro dato de gran relevancia sería cuando la paciente narró en la primera entrevista, la muerte de su padre a la edad de 18 años, como si fuese una tercera persona quien vivió ese proceso y se lo hubiesen contado. Lo narró desde una desconexión con la emoción de la pérdida, y del dolor que una pérdida conlleva.

Herminia dijo:

“Básicamente no lo sufrimos porque mi madre se encargó de protegernos”

Este relato podría permitirnos analizar un posible duelo sin elaborar de la muerte de su padre y que la madre lo tapó para evitar a sus hijos el sufrimiento, pero que ese duelo podría seguir latente y abrir el interrogante si de alguna manera podría estar puesto en el cuerpo, de ahí el malestar, el dolor, incluso, la no conexión con la emoción, que al no poder ser ni simbolizada (pensada), ni sentida (“Yo no sufrí cuando se murió...”), el cuerpo podría estar hablando de ello. Nos podríamos preguntar ¿Cómo no va a sufrir con la muerte de su padre, además a una edad tan crucial a los 18 años?. Nos permitiría pensar en los mecanismos de defensas de la negación, evitación y represión con esa imposibilidad de conectar con el sufrimiento que supone perder a una figura tan marcada, y la relación de lo que no se puede nombrar con el síndrome de la fibromialgia, como entidad que representaría al soma.

De igual modo, podríamos pensar que tampoco ha hecho el duelo de la muerte de su madre, por la forma de contar dicha experiencia también.

En el primer taller se abrió la reflexión en el grupo sobre las posibilidades de la fibromialgia, algunas pacientes hablaron que para ellas podría tener alguna ventaja, y que había sido una oportunidad para hacer cambios internos, pero Herminia dijo que no le supuso ningún tipo de ventaja dado el nivel de limitaciones que le suponía el padecerlo:

“No ha sido nada positivo porque no acepto que no pueda disfrutar como lo que antes hacía de forma natural. Y también me ha defraudado ciertas personas que cuando me ha hecho falta no han estado”.

Este dato es importante porque las pacientes que sí encontraron un beneficio al impacto del síndrome en sus vidas, desarrollaron paralelamente mayor conciencia de la relación entre el dolor físico y emocional como un todo a la hora de poder pensar en su enfermedad; mientras que las pacientes que no encontraban ninguna oportunidad de crecimiento tendía a asociar el síndrome a algo completamente ajeno a ellas, a algo externo. Este comportamiento fue útil a la arteterapeuta para poder analizar los posibles niveles de dificultades que podrían darse dentro del taller, a la hora de abordar el material somático emergente y los niveles de capacidad para que pudiesen pensar el sujeto como un todo en lugar de fragmentado entre diferentes partes. En el caso de Herminia nos podría indicar del uso de la estrategia de afrontamiento pasiva frente al síndrome, al considerar la fibromialgia como algo estrictamente externo, y preguntarnos si de alguna manera, podría estar ocurriendo lo mismo con el proceso de colocar en el cuerpo (de manera inconsciente) y en qué medida ello la incapacita para ser protagonista de su propia enfermedad, con las correspondientes dificultades que supone para poder cambiar.

En el segundo taller, se trabajó con la presentación de ellas mismas a través del material. Tanto el proceso como la creación de la obra fueron particularmente llamativos. En la primera parte del proceso, hizo rallajos y creyó haberlo terminado pronto. Habló mucho y se rió con las otras pacientes. La segunda fase del proceso, casi al final del mismo, retomó su obra y pintó el cuadrado del centro con los puntos. Ha sentido emociones de tristeza, de confusión, de malestar. Es ilustrativo como se representó a sí misma en el centro de la obra como si estuviese en un ring de boxeo, teniendo que luchar o combatir para que las marañas o círculos del exterior no entrasen en el espacio interior que a su vez estaba construido por líneas que se yuxtaponían entre sí y encima por otras líneas de fuga que señalaban la forma del cuadrado.

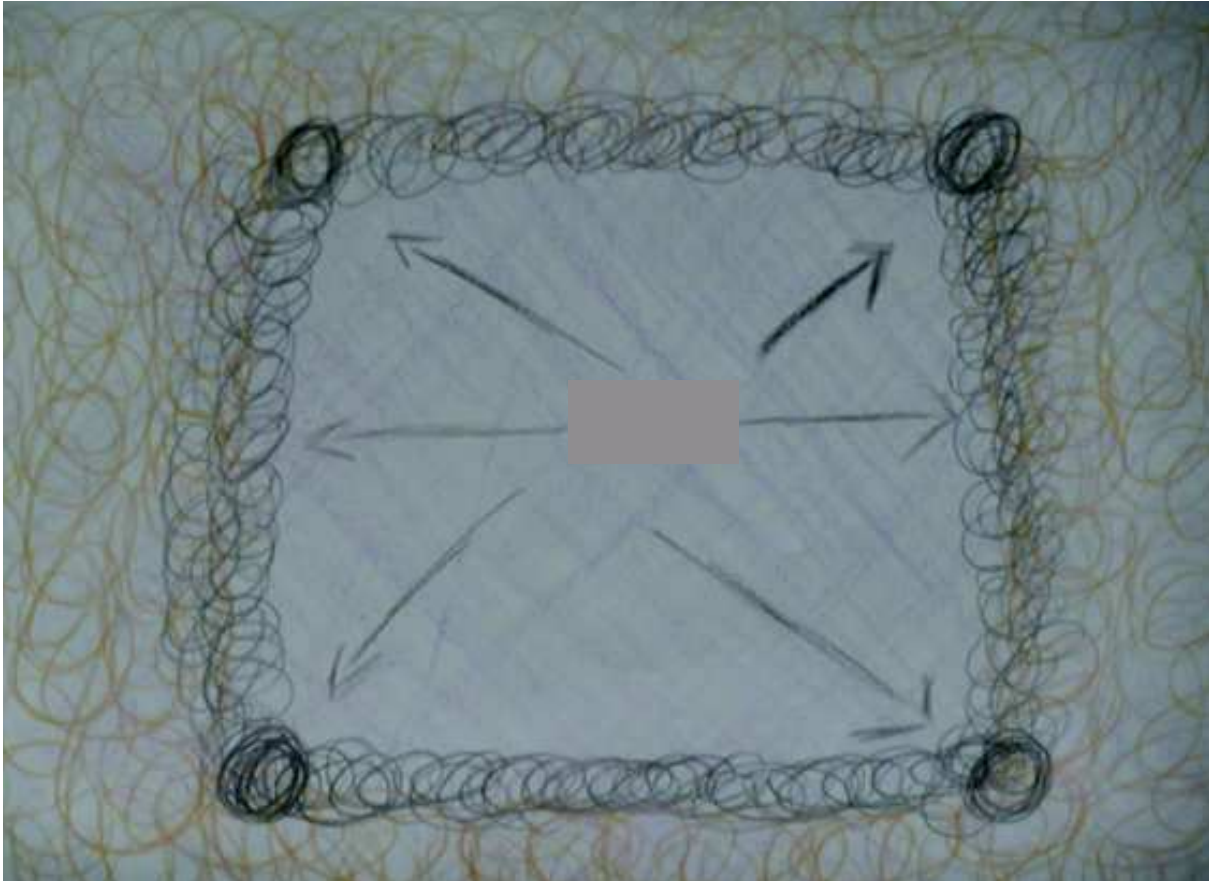


Imagen 56

La obra podría responder a una representación de su mundo externo y su mundo interno, es decir, una representación que podría ilustrar desde donde ella se colocaría frente al mundo externo, en donde parece que podrían existir grandes dificultades, por el carácter "alarmante", de lucha y fuga que se puede recoger en la imagen. Correspondería siguiendo la clasificación de Schaverien (1999) a una imagen diagramatical, donde la paciente va creando ciertas vinculaciones entre diferentes partes de la problemática, a modo de precedente y que desarrollará con mayor profundidad en las siguientes imágenes. La función principal es crear vinculaciones entre los diferentes miembros del grupo y la arteterapeuta.

En la imagen 3, la propuesta fue hacer un collage. Durante el proceso se observó que hizo un trabajo automatizado, un proceso repetitivo de pegar algodones, se la veía desganada, finalmente recortó algunas imágenes y las pegó.

Herminia dijo:

"No quería hacer nada, "lo mínimo posible" y pegué algodones, y al final me vino la idea de los niños de mi trabajo. Pegué un sol, como símbolo de la esperanza de cómo llegan los niños de las pateras al centro de menores y pegué otro recorte que simboliza España. Uno en cada esquina, el resto lleno de algodones con diferentes colores y significados. La base, son algodones finos, como aplastados, azules. Después más arriba coloqué los algodones de color blanco, azul y rosa. Representan las dificultades, cada una de las diferentes índoles que sufren los niños. Puse solo dos en la parte de arriba, representan los pocos niños que al final logran sus metas y el resto se frustran.

La arteterapeuta anotó que Herminia tenía resistencias para hablar de esa obra y que no quería profundizar mucho.

Herminia escribió en el diario artístico:

Cuando comienza el taller recuerdo que, no sabía qué hacer, no me inspiraba (quizás tenía la mente ocupada en otras cosas) pero poco a poco empecé y construí algo que, aparentemente, no me produjo dolor y cuando hicimos la exposición, escuchaba a mis compañeras y empecé a comprender, cuál era el significado de aquella obra y lo mucho que yo estaba implicada en ella, que no me dejaba energía para nada más. En aquel momento, comprendí, como gastaba mi poca energía siempre en lo mismo. Y como pasaban los días sin disfrutar de los míos y del día a día. Me sentía culpable de dejar pasar el tiempo sin parar, sin pensar, sin relajarme.

Es interesante cuando la paciente refirió que esta obra le conectó mucho con algo que tenía que ver con ella, que nos permitiría reflexionar si podría estar poniendo algo en lo externo que es interno. Si pudiese estar haciendo una externalización de su sufrimiento proyectándolo en las dificultades que vivía con los niños que venían en las pateras a España, como proyección que tendría que ver con una identificación de su propio sufrimiento vivido a través del sufrimiento del otro, por no poder conectar con el suyo propio y desde ahí poder pensar la posible función de la fibromialgia, como desencadenante del mecanismo de defensa de la evitación del dolor sin elaborar.

Cuando se hace referencia al psicopatismo, se habla de procesos en los que no ha podido elaborar muchas cosas que no han podido ser pasados por el pensamiento, ni por la emoción y que se quedarían en el campo de lo corporal, y por ello, no se le podría poner palabras y desde este punto es donde en este texto la arteterapeuta se posiciona, cuando construye la relación entre el dolor en el cuerpo y la fibromialgia como defensa frente a la angustia, ansiedad y sufrimiento que la paciente no podría conectar.



Imagen 57

La obra de este taller lo tituló: problema sin resolver.

En la imagen 4 en la primera parte del taller se trabajó con la relajación: relajar diferentes partes del cuerpo; con la música, tenían que bailar y parar para observar nuestro cuerpo. 2º parte del taller: proceso creativo. 3º parte: turno de palabra.

Se trabajó con la propuesta del Dripping. Pintura de goteo. Manchas en el centro del papel, se dobla en dos lados iguales y tiene que trabajar con el goteo de la pintura sobre el soporte y desde ahí crear lo que le sugiriese la mancha.

En arteterapia se le presta especialmente atención al proceso del taller, a la vinculación que establece la paciente con los materiales y al particular modo de llevar a cabo la tarea, en el caso de Herminia fue llamativo las notas señaladas por la arteterapeuta, en la cual, Herminia se peleó con el soporte durante el proceso. La propuesta era trabajar con el goteo y empezó a pegar con el pincel el papel, se escuchaba golpearlo con fuerza. Estará así durante casi todo el proceso donde se alternaba movimientos intensos, con una marcada presión hacia el soporte con otros momentos donde se paraba, observaba su obra, y después retomaba el movimiento agitado, compulsivo. Esta dinámica se repitió durante todo el espacio del proceso creador.

En el turno de palabra Herminia dijo:

“La obra anterior (problema sin resolver) me hizo reflexionar y darme cuenta de algo que me duele mucho, siento que tengo a la familia abandonada y eso me ha producido una toma de conciencia y un aumento de dolor³.”

Después comparó el espacio del taller con:

...Poder de salir “descansada”, o como si se hubiese podido “dormir”.

...He estado con un dolor de cabeza durante todo el proceso, peleándome con el papel, sintiendo movimientos internos agitados, estaba muy concentrada y al final del proceso, se me ha ido el dolor de cabeza. Me ha hecho recordar a los años en los cuales podía dormir y me sentía descansada.

¡A mí me ha gustado mucho dormir, la cama, yo siempre le decía a mi marido: qué buen invento la cama, quién lo haya inventado que buen invento, que buen invento este!. Yo he sido de dormir mucho pero llevo mucho tiempo sin poder.

El arteterapia, se caracteriza por ser una herramienta amable, reparadora, porque al inicio de su práctica artística, posibilita que la persona no se conecte directamente con el dolor, sino, precisamente con una situación de relajación, bienestar, de “flow”, algo que no tiene lugar por ejemplo, con los procesos de las psicoterapias estrictamente verbales, ya que la palabra, genera mucha más tensión.

La diferencia del arteterapia con respecto a la terapia ocupacional o cualquier actividad artística es que se presenta como posibilidad de poder conectar con el cuerpo más allá del dolor, del lujar fijado por el síndrome de una manera menos amenazante, sino que posibilita conectar desde la periferia. Tras este primer paso, posteriormente, se trabajará durante el turno de palabra con la narrativa, la expresión verbal que se genera tras la asociación de esta primera experiencia, para conducir de tal modo, al pensamiento secundario.

³ En un proceso psicoterapéutico la toma de conciencia, el darte cuenta de las cosas, pasa por poder conectar con la emoción que tiene que ver con el dolor y el malestar. Coderch (1990) fundamentará que no hay proceso terapéutico sin conexión con lo emocional.

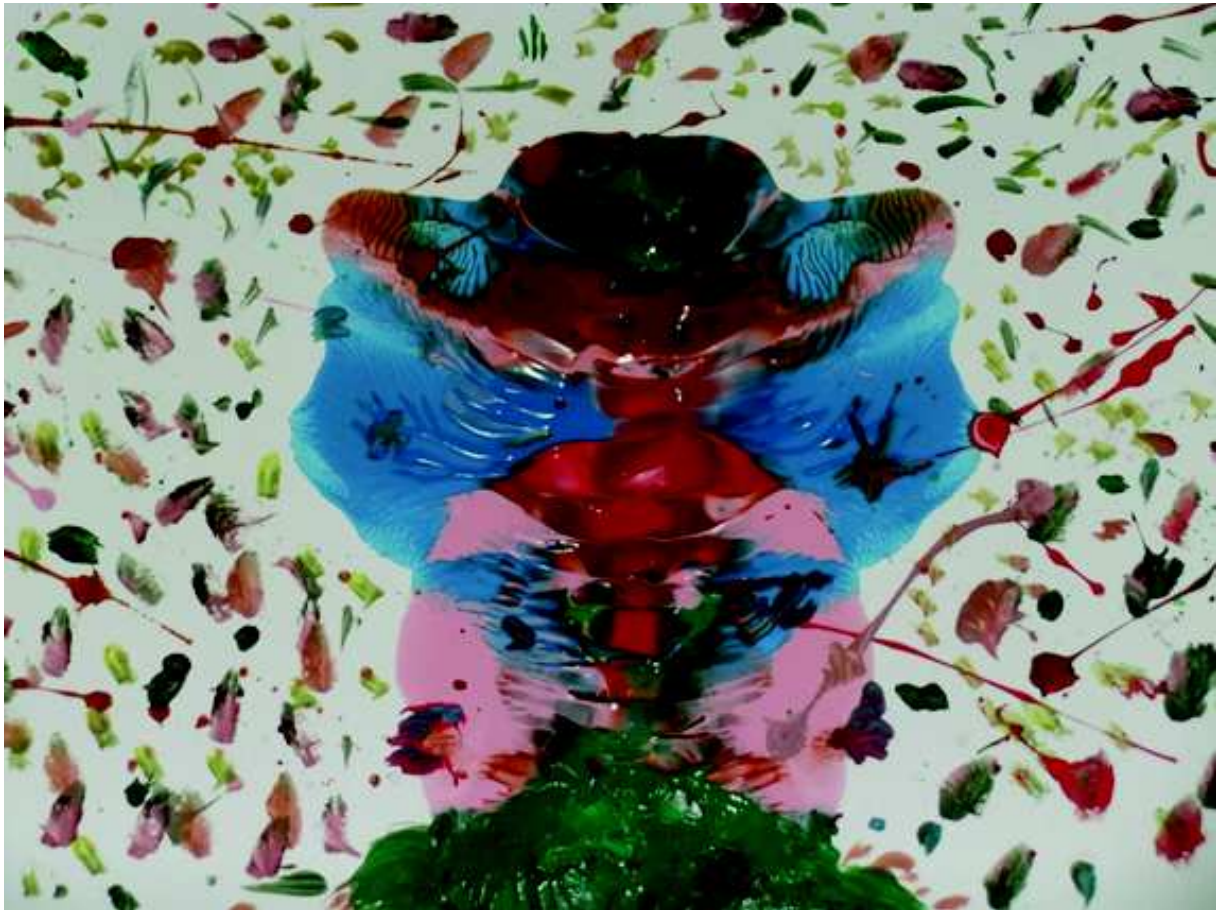


Imagen 58 "Dormir"

Esta imagen se consideraría siguiendo la clasificación de Schaverien (1999), en imagen facilitadora de la palabra. A través de la misma, la paciente recreó nuevamente el conflicto entre la parcela laboral y familiar. Lev-Wiesel (2013) entre los diferentes tipos de problemáticas manifestadas en la fibromialgia, señaló el conflicto en torno al deseo emocional con las limitaciones físicas, o sea, a un cuerpo que no puede responder a los deseos vocacionales o pasionales de la persona, incidiendo dicho factor como en intensificador del dolor y del malestar.

Herminia escribió en su diario artístico:

Quando he llegado, estaba cansada, fatigada, con dolor físico y psíquico. Me siento mal. Me culpo de mi situación y de no saber resolverla. Tengo dolor. El taller me ha servido para descargar de la agresividad que me invadía, la impotencia. Me he sentido bien, estaba donde quería estar, me sentía apoyada y respaldada y sobre todo segura. El bienestar me dura poco, una vez más, viene el malestar, el sentimiento de culpa, la dualidad.

Curiosamente no ha sido representado el color negro en la obra como portadora de material inconsciente sin elaborar, tal y como ocurrió en la mayoría de los casos de la investigación, pero si se ha podido recoger a través de este proceso creativo la proyección de emociones en conflicto, como vendría a ser: la agresividad, la impotencia, la culpa y la dualidad. La culpa se podría pensar que tiene que ver con estar deprimido, que a su vez, podría coincidir con el diagnóstico que tiene asignado desde que tenía 30 años por depresión. Se podría abordar dos cuestiones, una de ellas que parece que la paciente se encuentra en una fase depresiva a diferencia del taller anterior donde se había conectado con sensaciones más gratificantes. Teniendo en cuenta la teoría de Melanie Klein, cuando

una persona se deprime dentro de la terapia, es cuando podría estar conectando con el dolor y abriéndose de tal modo, la posibilidad de elaborar cosas de manera diferente a cómo lo venía haciendo hasta ahora. La fase depresiva, tendría que ver con la culpa, con el lugar donde la paciente se podría estar colocando, y la pregunta si algo tendrá que ver con ella para experimentar dichas emociones. Podríamos pensar, que Herminia podría estar instalada en un punto depresivo, en donde no puede echarle la culpa a nada, ni a nadie, toda la culpa se la echa a ella misma, tal y como citó: "Yo tengo abandonada a mi familia".

Lo interesante a rescatar es la posición dicotómica, en que todo es o blanco o negro, y la dificultad para poder comprender que el manejo de las emociones podría pasar por la posibilidad de integrar determinadas cosas, de entender que la realidad es compleja, que tiene diferentes matices, y que no dependen de su omnipotencia, de ese lugar en el mundo donde parece que todo depende de ti y tomar un lugar más protagonista sobre la misma, y desde ahí analizar en este texto la posición depresiva y su relación con el sentimiento de culpa, con la imposibilidad de poder hacerse cargo de su situación, tal y como ya se recogía en la estrategia de afrontamiento pasivo frente a la enfermedad.

En el siguiente taller, correspondiente a la imagen 58, Herminia dijo que había vuelto a utilizar la pajita con el acrílico porque quería experimentar sensaciones de talleres anteriores. Le ha gustado, ha vuelto a descargar, dijo que le estaba aportando cosas nuevas a otros grupos donde había estado, y transmitió su alegría de poder formar parte de los talleres porque dijo que hacía mucho tiempo que no se sentía tan bien.



Imagen 59

2º FASE: TALLER 7 AL 13. LUCHANDO CONTRA LAS RESISTENCIAS: CULPA E HIPERATIVIDAD COMO LAS HUELLAS DEL TRAUMA SIN DESVELAR.

En esta fase se caracterizó por una toma de conciencia de conflictos psíquicos y por las resistencias que operaban en los mismos. Se observó más dificultades para la concentración y un aumento de las resistencias que en la fase anterior.

En el taller 7 se hizo una revisión retrospectiva de las obras de las pacientes. Se observó la obra que Herminia denominó "dormir", ella dijo que le encantaba. Las otras pacientes le devolvieron que parece un "cactus", o algo abstracto, o como aperturas.

La arteterapeuta le preguntó: ¿Con qué podrías asociar lo que ves?

Herminia respondió:

Con un problema sin resolver, con el trabajo. Con el dolor que siento el haberme dado cuenta a través de la imagen de los algodones de "tener a la familia abandonada".

En el siguiente taller se trabajó con la propuesta: escoger una obra que ya han creado, romperla y volver a crear otra con los trozos rotos. Herminia escogió la obra de los algodones y creó otra con un cartón, el cartón era como una ventana que al abrirse mostraba una especie de fuente y al cerrarse no se veía nada. Tenía algodones. Para la participante le pareció infantil, y se encontraba incómoda, tensa, como que había algo que no podía expresar. Miró su obra y habló nuevamente de su trabajo laboral, ella quería mediante el proceso creativo romper con ese problema sin solucionar narrado en el taller anterior en torno a su situación laboral, pero no conseguía romperlo, desprenderse y experimentó un rechazo de la imagen.

Lo definió como

"Algo que me gusta, mi trabajo me gusta, pero me siento frustrada".

En este taller se la observó más baja de ánimo que en otros talleres, se la veía muy cansada, como abatida, con ganas de llorar hasta la creación de la obra donde señaló sentirse bien. El proceso se ha conectado a emociones densas, negativas, así como el proceso se caracterizó por recortar los trozos y clavarle lana, de tal manera que hizo como una cuerda en donde todos los trozos eran atravesados por esa cuerda. Después los pegó en un cartón y en la parte del centro pintó con acrílico. En esa parte se sintió mejor, tras una fase de agresividad, de dolor durante el proceso, la fase de pintar fue más calmada.

Herminia escribió en el diario artístico:

"Pensaba que al destruir la obra que tanto dolor me produjo, me sentiría liberada. Pero cuál fue mi sorpresa y aún después de destrozarla, me sentía más encadenada, no podía tirarla, tenía que volver a unirlos. Aún rotos, no podía desprenderme de ellos, no podía olvidarlos. Me necesitaban, o quizás yo lo creía. Mis conclusiones posteriores son siempre las mismas, tengo que administrar mi energía y no gastarla siempre en lo mismo. Pues en mi casa tengo cosas buenas y no las disfruto. Pasan los días, las semanas y los meses pensando cómo se me han pasado, pensando que no volverán y que ya no podré recuperar el tiempo pasado. Al taller llego cansada, estresada y dolorida. Pero durante el taller me siento ausente, segura, comprendida, identificada".

Cuando miró su obra se sintió encadenada, atada, pero también la tituló como libertad. Isora dijo:

“Libertad con cadenas y ella asintió riéndose y dijo: si, libertad con cadenas”.

A lo largo de los talleres, intercaló comentarios por parte de la usuaria como:

“Me doy cuenta de lo importante que es invertir en la terapia, al igual que se invierte en otras cosas”...

“Estos talleres deberían de hacerse de manera continuada y deberían de haber evaluadores en el hospital para que se diese cuenta de la importancia de esta terapia para las personas que sufrimos fibromialgia...”

“O lo que hacemos aquí es diferente que ir al psiquiatra a que te mande pastillas...”

Estos comentarios parecen relevantes en tanto que podría haber un inicio de entender el síndrome no tanto como algo exclusivamente físico, por el cual ella era víctima quien no podía hacer nada, (que se podría comparar con los beneficios secundarios de la clínica psicosomática) sino como algo más complejo que implicaba también lo emocional y en donde ella podría ser agente de su proceso de cambio para la mejoría de la sintomatología.

En talleres posteriores Herminia dijo:

“Ahora que me estoy encontrando no quiero volverme a perder...”, y casi al final de una de las sesiones de arteterapia, Herminia le solicitó a la arteterapeuta continuar la terapia de manera individualizadas una vez finalizasen los talleres.

Uno de los beneficios de los talleres de arteterapia podría ser el cambio de una posición de afrontamiento pasivo a otro más activo, frente a la pulsión de muerte (a la depresión) se despertó una llamita de vida, una llama de ganas de querer mejorar, superarse, cambiar, mirar hacia una dirección concreta, hacerse cargo de sí misma, lo que podríamos asociar con la pulsión de vida.

Paralelamente se produjo también, una alternancia de talleres con mayores dificultades, e índices de evitación más altos, pasando de una posición donde adquiriría mayor conciencia a otra evitativa; una parte colaborativa y otra parte donde se podía olvidar traer la obra por ejemplo. Este modo de comportarse podría asociarse a lo nombrado anteriormente a la fase dicotómica donde pasaba de: *“Me está aportando mucho estos talleres”* a otra cuando acercándose a su área emocional: *“Tengo mucho estrés, no sé si podré continuar...”* o *“Me gusta mucho mi trabajo”* a *“El trabajo me absorbe no sé si podré continuar con las mismas funciones y horarios”* colocando lo que le sucede sólo en el afuera. Nos permitiría asociarlo también a la ambivalencia, en el sentido de poder estar en un lugar y en su contrario. El estado evolutivo más arcaico, primario, en el que no pasas de la ambivalencia a la contradicción, y poder aceptar que quiero esto y a la vez, a veces, no lo quiero. Integrar es poder decir que pese a las dificultades laborales del trabajo por ejemplo, los beneficios sobre el mismo compensan su cansancio o viceversa; o que pese a lo mucho que le gusta no puede sostenerlo por las limitaciones del síndrome, para poder vivir su deseo desde una posición integrativa. Y desde aquí podríamos abordar como cambia su deseo constantemente, en el que un día dice una cosa y otro día, su opuesto. A su vez, nos permitiría pensar que esa ambivalencia como forma de funcionamiento psíquico, podría derivar de la construcción del apego ambivalente con su madre y estar reactualizándose a modo transferencial dentro del taller y en sus relaciones vinculares en general (ha disminuido casi por completo su vida social por las dificultades que siente).

Poco a poco la dicotomía se hacía más evidente y significativa para ella. Herminia fue

enunciando cada vez más sus dificultades para poder sentir, sentirse tras tanto tiempo de desconexión con su cuerpo y al tiempo que conforme se acercaba a áreas emocionales donde podría revivir el dolor, la ambivalencia se acentuaba a través de los mecanismos de defensa como: olvidar (olvidar traer la obra), evitar y reprimir. A través de los talleres pudo adquirir mayor conciencia de su modo de comportarse.

Por ejemplo, en la activación de esas defensas se recogieron citas como *“suelo romper lo que escribo porque me duele mucho. Pienso que si releo lo que escribo no lo voy a soportar y lo rompo”*. La autobiografía la he hecho muchas veces y al final siempre la rompo”.

Ella describió su acto de romper como algo agresivo hacia sí misma.

En otro taller donde tenían que traer una obra trabajada en sus casas, ella la trajo escrita y como vio que el resto de las pacientes lo habían hecho a través de imágenes y palabras, en un momento de descuido de la arteterapeuta, lo rompió.

La arteterapeuta le devolvió a modo de posibilidad a pensar la relación entre el tema de los olvidos que las pacientes traían a modo de emergente y los efectos nocivos que esos olvidos podrían tener hacia ellas mismas, con los posibles efectos en el cuerpo. Si ella pensaba que por el hecho de no recordar u olvidar ciertos temas era un medio por el cual, el problema podría desaparecer y Herminia respondió que *olvidar nunca se olvida, y que el cuerpo siempre te lo recuerda*.

Fue interesante cuando dijo: *“suelo romper lo que escribo porque me duele mucho”*. Considero que conectar con el dolor y romperlo, de alguna forma, podría tener un efecto reparador en ella. Rompo esto porque me evito conectar más, pero el hecho de romperlo es al mismo tiempo, de manera simbólica, quitarme algo de encima. Evitar conectar con el dolor rompiéndolo, le posibilita tomar conciencia que es un dolor importante, y que hay algo que le impide poder elaborarlo, tomando a su vez mayor conciencia de sus repeticiones y resistencias frente al mismo. La repetición de romper y tirar, tal y como hacía dentro del taller, podría suavizar algo de ese dolor, como si se conectase con el mismo de puntillas, pudiendo suponer, un inicio de conexión.

Observamos que tras pasar una primera fase de los beneficios del arteterapia como herramienta amable, que posibilita jugar con y rodear el dolor, que el proceso mismo, conduce a otra fase, de mayor intensidad, donde la paciente puede conectar con la emoción de manera *encarnada o corporeizada* (Schaverien, 1999), y en el caso de Herminia, se va dando cuenta que está conectando con emociones en donde ella es consciente que no quiere conectar, por lo que podríamos pensar en una represión consciente.

En arteterapia se trabaja desde el respeto al ritmo individual que cada paciente expresa. Si ella se olvida una obra o la rompe dentro del espacio del taller, nos podría indicar que ciertamente no está preparada para abordar ese material intrapsíquico. Pero sí se invita a que la paciente pueda ir acercándose al mismo desde la observación de sus obras y material creado. La arteterapeuta le invitó a que le dejase leer lo que escribiese, que no lo rompiese aunque no fuese estrictamente un material que escribiese en el diario artístico. Hasta el momento Herminia le daba a la arteterapeuta directamente los diarios artísticos que escribía en su casa después de cada taller, sin una segunda lectura de lo que había escrito.

Al siguiente taller trajo fotocopias de lo que había escrito y ella se quedó con la original, y le dio a la arteterapeuta la copia, como compromiso de un inicio a empezar a leerse a sí misma que llevaría a cabo hasta el final de los talleres.

Este acto supuso un cambio que introdujo algo nuevo en la dinámica de vinculación

de Herminia con el proceso creador, con la arteterapeuta, y con ella misma. Ella evitaba conectar con el dolor, pero en cierta manera estaba haciendo el proceso terapéutico, (trae las fotocopias, se lee así misma, se deja leer, etc). El trabajo que se estaba haciendo podría tener que ver con el poderse aproximar a los lugares de dolor, aceptando que desde ahí pueden pasar otras cosas.

En la imagen 60 (taller 9) Herminia comparó esta obra con la obra de los algodones. En esta obra dijo que ha creado un barco para ella, su marido y su hijo, es como un lugar de seguridad y ha dejado en el mar a los niños de su trabajo. Miró su obra y se emocionó, dijo: *mi familia me cuida mucho de ella, si no llega a ser por ellos...*



Imagen 60

La arteterapeuta experimentó una sensación contratransferencial en torno al sentimiento de culpa que la paciente vivía con el hecho de no hacer mucho caso a su familia. Podemos observar que la palabra "abandono" aparece cada vez con más frecuencia, ella sintió que tenía abandonada a su familia, al igual, que creía que había sido abandonada por muchas personas. A través de este taller se podría abrir dos hipótesis, la posible relación de ese sentimiento de abandono con el secreto transgeneracional, en donde la muerte de su abuelo se vivió como una gran falta, un vacío vivido a modo de ser abandonadas por su abuelo. Por otro lado, la culpa que percibió la arteterapeuta, podría invitarnos a pensar en la relación con la fase depresiva, en donde la enfermedad podría estar ocupando tanto espacio en su vida, como para que los demás no tuvieran un lugar. Dado que todas las mujeres del grupo hablaban mucho de su pareja e hijos y Herminia no hablaba nada de ellos, le hacía sentirse mal, porque se veía muy diferente al resto de las mujeres. Podríamos pensar que su familia, realmente ocupaba muy poco lugar, como si su marido y su hijo estuviesen atrapados en la enfermedad de la fibromialgia, en la relación de Herminia con su historia personal, inundando su vida presente.

Herminia escribió en el diario artístico:

“Me encuentro muy cansada, me siento como una muñeca de trapo, no disfruto de lo que tengo, no puedo parar para pensar en mí, porque la mente la tengo ocupada por algo o alguien. Por algo que me tortura y no me deja ser yo. Es como si no quisiera que disfrutara y que fuese feliz. El barco es el símbolo de las ilusiones y de las personas queridas, es la fuerza (poca) del día a día para continuar. Pero esa fuerza la utilizo para las obligaciones diarias y al final no queda nada para mí. Pienso que nunca estoy en el lugar adecuado, no disfruto de los momentos vividos por qué tengo que cargar la energía para el próximo día”.

TERCERA FASE: TALLER 13 AL 22. TRAS LA RESISTENCIA, LA REVELACIÓN DEL SECRETO TRANSGENERACIONAL:

En esta fase llamó especialmente la atención el proceso dinámico de la paciente en el cual se siguió alternando la toma de conciencia y la evitación de sus emociones. Espacios donde los mecanismos de resistencia operaban con efecto de adormecimiento, evitación de conectar con su cuerpo, y con otros espacios donde la materia, la creación de las obras y el grupo actuaron como conectores entre los diferentes fragmentos que va trayendo a lo largo de su proceso evolutivo, posibilitando la construcción de una narrativa que permitía concatenar todos los elementos separados en un cuerpo unificado. El hecho más significativo tuvo lugar cuando Herminia enunció un acontecimiento traumático en el transcurso de su novela familiar que ayudaría a comprender mejor la tendencia a la hiperactividad, la repetición del síntoma, la ambivalencia, los constantes olvidos, la culpa, el malestar, etc., como huellas de un secreto transgeneracional.

En los talleres trece y catorce, se trabajó con la propuesta de la caja, tenían que traer su caja de sus casas, y trabajarla por fuera y por dentro. Eran dos propuestas en total, que requeriría dos talleres. Curiosamente, ella trajo como caja una tapadera. Herminia resolvió las dos propuestas en el primer taller. En una de las caras de la tapadera (en el de adentro) ha puesto una tela, y dibujó una cara de payaso, sin límites, con los ojos abiertos, transmitiendo cierto miedo u horror. El exterior, lo dejó sin pintar. La primera propuesta la resolvió extremadamente rápido, una vez que terminó se quedó esperando y observando a las compañeras.

En el turno de palabra, cuando Herminia mostró su trabajo al grupo, todas las componentes hicieron un sonido de sorpresa, giraron la cara para otro lado como gesto de susto, de rechazo, de no querer ver esa cara. Ella dijo: *“Así soy yo, parece que todo está bien pero cuando levantas la tela...”*

Lo que encuentro especialmente simbólico es el hecho que la paciente, no trajese una caja, sino una tapadera. La tapadera podría hacer referencia al concepto que desarrolla (Winnicott, 1979), y la psicología del Yo, de “Falso Self”. A la construcción de una falsa identidad, que se podría relacionar con la fibromialgia, en el sentido de lo que se pone en el cuerpo (*“cuanto sufro, cuanto me duele todo”*), para no hablar de la parte tan terrible mía, que tendría que ver con que voy a hacer yo con mi vida, que pasa con mi identidad, porque me quejo todo el tiempo en lugar de tomar las riendas de mi vida. La fibromialgia como tapadera del sufrimiento psíquico. Esta imagen del payaso, se podría considerar como una imagen corporeizada (Schaverien, 1999), donde la paciente ha podido conectar con el material inconsciente del dolor existencial y presentarlo a través de elementos visuales plásticos.

El segundo día, cuando se trabajó la caja por dentro decidió no trabajar, (ya la había trabajado en el taller anterior). Dedicó todo el taller a observar, parar y conectar con el aquí y el ahora de cómo se sentía.

Herminia describió el proceso de este taller como:

“Ha sido el proceso más placentero que he tenido el no hacer nada porque esa es mi dificultad, permitirse no hacer. He conseguido dejar la mente en blanco porque estaba atenta de los sonidos del taller, el sonido del pincel mojándose en la pintura, el sonido del pincel en el agua, del pincel en el soporte, de los suspiros de las compañeras, del lápiz y la cera, la música, sentir el instante, vivir justo ese momento. He sentido una sensación muy bonita, como de conectar con el grupo, fluir y el hecho de no hacer me han aportado mucho a nivel emocional. Al principio me sentía rara o un poco mal porque se supone que tiene que trabajar o hacer algo, pero como sentía que lo que necesitaba era parar, paré...Me siento liberada. Lo volveré a repetir y si no se dan las circunstancias las buscaré. Cuando termine los talleres quiero seguir con la terapia trabajándome a mí misma, ya que me estoy encontrando y ya que estoy por el camino no quiero volver a perderme”.

Podemos observar que la paciente se volvió a conectar a esas sensaciones amables, reparadoras, y terapéuticas que proporciona el arteterapia. Pero nos podríamos preguntar hasta qué punto, ese supuesto “parar” para conectar “con ella misma” como dijo, podría ser realmente una tapadera para no mirar en el adentro. El hecho que no trajese una caja podría ser analizado como un “no tengo nada dentro más allá a un vacío monstruoso” como la cara del payaso donde todas las mujeres se asustaron al verlo. El monstruo se podría relacionar con el “dolor”, hay algo dentro de mí que me asusta tanto que sufro mucho. Ese lado tan monstruoso o tan feo que no me quiero acercar, podría tener que ver con las emociones y la acumulación de tanto tiempo de evitación hacia las mismas.

Ponerlo en el cuerpo es algo que no se hace conscientemente, sino que es un proceso psíquico muy primario, que nos podría arrojar información sobre la angustia que la paciente informó en talleres anteriores. La angustia de su sufrimiento no puede ser afrontada inconscientemente ante la imposibilidad de pasarlo a un proceso más elaborado, como si el aparato psíquico no estuviese preparado para poder pensarlo y sentirlo. Y ese vacío que observamos en la obra de manera ilustrativa, podría tener relación a la falta interna y a la depresión que tiene diagnosticada la paciente desde hace muchos años. Podría ser significativo lo que se ha mencionado antes, el poco lugar que parece ocupaba la familia que aparecería ahora metaforizado de manera simbólica a través de la tapa vacía. En la depresión lo que falta precisamente es motor de vida. Normalmente, la familia (pareja e hijos) suelen ocupar un lugar importante aunque sea en el sentido negativo, de infelicidad, pero observamos en este caso, que simplemente parece no estar, al igual que no hay libido sexual con su marido. No hay apenas referencias en los talleres de ellos, por las pocas descripciones dadas, al marido se le podría describir como algo “pusilánime” tal y como citó en un momento determinado: *“...A ese hombre lo cogí en un momento dado...y lo arrastré a mi enfermedad...y el ya acepta todo...”*. Así como, las pocas referencias de su hijo giraron en torno a un niño muy bueno, que *“no da problemas, obediente”*, con un periodo de adolescencia muy bueno, *“sin dar ningún tipo de problema”*. Considero esta última cita alarmante, en el sentido del carácter de hiperadaptabilidad que podría presentar su hijo, ¿qué adolescente no ha dado problemas?.

La sensación transferencial que experimentaba la arteterapeuta era como si la paciente no trajese nada, es como si su vacío fuese tan inmenso, la depresión fuese tan grande, que no podía incorporar algo, no podía poner libido, vida, ni tan siquiera a un hijo que por predisposición biológica, a los hijos se les protege, cuida, quiere, y muchas veces hasta se vive en función de ellos/as. Aquí no se podía ver nada de eso. Es como si no pudiese llenar su vacío. El vacío (la tapa vacía) fuese tan grande, que de manera simbólica no pudo encontrar una caja a traer al taller, como si no hubiese caja donde contener cosas que tuviesen que ver con su propio hijo. Señalo el hijo porque posiblemente es uno de los elementos más significativo, por el lugar de importancia que tiende a ocupar sobre todo en el universo femenino.

Por otro lado, se recogió una serie de cambios que se produjeron en esta última fase, como por ejemplo, el acto de releerse a sí misma. Dijo:

He empezado a leer lo que escribía y me ha dado cuenta que no es para tanto. E incluso, me he dado cuenta que tras leerlo, me ha llevado a pensar en otras reflexiones y entenderme un poco mejor a mí misma sin que sea tan doloroso.

El rasgo más característico del arteterapia, posiblemente sea, la capacidad de poder acceder a un autoconocimiento a través de la autoexpresión artística.

Otro cambio tuvo lugar en relación a los efectos terapéutico de llevar a cabo una intervención grupal. La paciente dijo:

Yo aprendo de mis compañeras, al ver los cambios que hacen alguna de ellas, veo como lo han hecho ellas y lo uso para mi vida y eso me ayuda. Me digo yo no voy a ser menos, si ellas hacen cambios yo también.

Yalom (2005) en *“factores beneficiosos de la psicoterapia de grupo”*, enumeraba entre ellos la universalidad de emociones comunes en el ser humano y la necesidad de sentirse igual al otro, y el aprendizaje por imitación del comportamiento del otro. En un grupo se activan los roles construido en el grupo de origen (la familia) y la actuación de los mismos en otros grupos sociales. Cada componente del grupo actúa como espejo que permite a la personas reactualizar el singular modo de comportamiento y de vinculación, así como, aprender de las destrezas de los compañeros/as que les ayuda a resolver dificultades e incorporarlos como propios⁴. Menéndez (2016) compara los beneficios de la terapia grupal con la percusión, en donde el tambor del grupo va construyendo un sonido común, que genera una resonancia en cada uno de los pacientes, produciéndose cambios según el ritmo y proceso personal.

También en esta fase fue llamativo el material que se generó en relación a una serie de metáforas y narrativas que la paciente señaló para explicar sus emociones en relación a como se sentía con la sociedad, con la enfermedad y consigo misma. Este material fue resultado de una propuesta de taller donde se trabajó específicamente el empoderamiento de la subjetividad a través de la reflexión sobre cómo se sentía en su vinculación social, y la posible cercanía o distancia con sus deseos propios.

Metáfora de la mariposa: lo que necesito es un descanso, libertad, una parada para poder transformar como una mariposa. Que parcheo mucho en mi vida, estoy aprendiendo a parar, pero no puedo todo lo que quisiera. Yo me caliento mucho la cabeza, porque sé que esto tiene que tener una solución. Si no tuviésemos en estos sitios, pues ni siquiera nos poníamos a plantearlos, no pensaríamos.

Considero muy interesante las citas que hace sobre “parar para digerir” con las posibles relaciones que podría tener con el trabajo que se está haciendo en los talleres de arteterapia. La mariposa como metáfora de un elemento representativo del arteterapia, la transformación, cómo una persona podría entrar al inicio de la terapia como “huevo” y de ahí su evolución a la transformación (mover la emoción a través de procesos de sublimación, recreación y reelaboración), hasta el fin último que se desea dentro de una psicoterapia, que la paciente pueda volar como hacen las mariposas (tras el agenciamiento de sus emociones). El proceso de Herminia, tal y como indicó, estaría en un proceso donde estaba digiriendo las emociones parcheadas, y lo interesante fue que pudo tomar conciencia tanto de esas emociones como de sus resistencias, convirtiéndose en una represión consciente.

⁴ Podemos encontrar otra fundamentación de los beneficios de la terapia de grupo desde el campo de la neurociencia, la teoría de las neuronas espejo, que explica el modo de aprendizaje del niño/a desde edades muy tempranas con lo que observa y le devuelve el Otro como reflejo y dicho reflejo será determinante en la propia construcción interna, en la incorporación, adquisición y construcción de recursos intersubjetivos para relacionarse y posicionarse en el mundo.

Metáfora del caracol:

“Siento mucha presión por la sociedad con poder parar. Me gustaría parar como hice en el taller el otro día pero es como que la sociedad no te lo permite, el ritmo del trabajo, de lo que esperan otros, etc.”

“Yo ahora me siento como un caracol que necesito tiempo para transformar lo que estoy aprendiendo”.

“Actualmente, ya no me importa, ahora me siento como un caracol, si llego tarde...así me siento en relación con la sociedad. Todas estas emociones, deseos, angustias, sentimientos, etc...Los represento con un caracol, pues, así me siento”.

De esta metáfora podríamos señalar la necesidad de un proceso lento para la paciente para poder hacer su proceso de subjetivación e individualización. Y lo podríamos relacionar con la imagen 2, donde parecía manifestar grandes dificultades con el lugar de donde posiciona su mundo interno frente al mundo externo. Ella dijo: *“el proceso que necesito no puede hacerlo por el ritmo de vida que llevo”.* Todo ello podría tener que ver con la subjetividad, como yo como sujeto lo hago para que lo de fuera no me presione tanto y llevar mi propio ritmo. Querer andar, querer ir a una dirección pero a su ritmo y parece que la presión externa le supera y que el espacio del taller le posibilita construirse un lugar donde poder ser acorde al ritmo que necesita.

Fue significativo cuando la paciente dijo *“si no tuviésemos en estos sitios, pues ni siquiera podríamos plantearlos, no pensaríamos”.* Las potencialidades del arteterapia, reside por un lado, que se trabaja desde la salud y no desde la patología y por otro lado, que hace uso de la función de la creatividad como una función estructurante. Ambas características posibilitan que la persona pueda construirse subjetivamente, elaborar lo psíquico, ser, más allá de lo fijado por el diagnóstico, y más allá de lo que la cultura (construido desde los automodelos capitalista, androcentrista y heterosexista) ha moldeado, así como, más allá de los traumas de su novela familiar. Presentándose esta herramienta, de tal modo, como un instrumento para abordar la singularidad deseante e intransferible de un sujeto frente a otro sujeto, acercando a la persona a un espacio de disponibilidad (Fiorinni, 2006), donde pueda emerger aquello que lleva dentro, al tiempo que crea imágenes (como metáfora de las imágenes internas), se está creando nuevos significados que le dan sentido a su lugar en el mundo.

La cáscara del caracol, podría también estar haciendo referencia a la identidad. La necesidad que tiene de protegerse con una capa para que le constituya, que le haga fuerte frente al exterior, e interpretarlo como una metáfora de la fibromialgia, tal y como también podíamos observar en la tapa que trajo en la propuesta de la caja, como la falsa identidad a modo de defensa inconsciente.

Otro tema relevante que tuvo lugar, fue el sentimiento de vivir una muerte simbólica:

“Hace veinte años con la fibromialgia yo tuve la sensación que algo moría y nacía otra parte de mí”.

“Los deseos, fantasías e ideales que una tienen cuando se es joven y que no corresponden con lo que una alcanza, con lo que ha conseguido ya”.

El dolor del alma:

“El dolor que tenemos es el dolor del alma, no es solo físico. Es dolor del alma, por eso los medicamentos no nos hacen efecto o curan. Cuando quise parar fue tarde. Tenemos que parar, curar eso, para encontrarnos mejor.”

Estas nuevas narrativas que surgen a través de su proceso creativo, podría informarnos que el cambio que señalamos en un taller anterior de una posición de afrontamiento pasivo a otro activo, se mantiene con el paso del tiempo y no es fruto de un taller aislado.

El dolor del alma que la paciente traía podría tener una relación a ese peso que el Otro ha depositado sobre ella y que no podía desprenderse.

Deseos: mi deseo es el descanso, la paz, la transformación que tenemos que experimentar. ¿La transformación? –En todo, de pensar, de vivir...en todo, es muy doloroso.

Veíamos que en psicósomática el deseo se pone en el cuerpo porque no puede ser pensado ni sentido. El deseo correspondería a algo más elaborado que tiene que pasar por la palabra. Este taller donde se les invitó a las pacientes a reflexionar a través de la creación artística en su deseo, su deseo frente a la sociedad y su deseo propio, fue un medio para poder recoger información sobre los niveles de capacidad de simbolización. Algunas de las pacientes no representaron su deseo, no porque no existiera, sino porque se encontraba en el registro corporal, pero pudieron conectar con emociones a través del cuerpo que refirieron a su deseo. En el caso de Herminia se pudo cerciorar que sí había una capacidad de simbolización, observando una mejoría en las dificultades presentadas de no poder identificar y verbalizar sus emociones a un poder expresarlo a través de la imágenes, y asentarlo a través de la palabra. Y podríamos abrir la reflexión si todo el trabajo previo que se ha estado haciendo de toma de conciencia de sus resistencias y conexión con el dolor, habría podido de alguna manera, influir, en un desarrollo de la capacidad para poder conectar con su deseo y darle un forma determinada, actuando el arteterapia como herramienta alternativa a la somatización, a lo que antes se quedaba solo en el territorio corporal.

La paciente nombró que durante el proceso creador y la obra no se había conectado a emociones concretas, sentía como una dispersión, como una dificultad para trabajar la tarea y una evitación de la misma. Sin embargo la arteterapeuta escribió que fue significativo que aunque ella enunciase un bloqueo a nivel verbal no se produjo en el plano creativo. La imagen actuó como mediadora de la palabra, mediante la cual le permitió comunicar la incapacidad para poder nombrar aquello que le sucedía internamente. A través de la obra a un nivel inconsciente estaba transitando los límites de la esfera del trauma, que si bien no podía aún entenderlo, si podía expresar el malestar del mismo en el aquí y ahora del taller y hacer visible parte de lo invisible. La paciente enunció su sensación de inmovilidad, de bloqueo interno, que derivó a la posibilidad de la deconstrucción del mismo. María tras escuchar las dificultades nombradas le preguntó por su familia, no entendía porque nunca hablaba de ella. Herminia se puso muy nerviosa, tartamudeaba, hizo una negación de esa afirmación y después finalmente narró material que podría tener relación a un trauma transgeneracional:

“Yo hablo mucho de mi familia, soy muy dicharachera, no habrá surgido la ocasión aquí pero yo suelo hablar mucho. Mi abuelo murió joven, y supuso una fractura para mi familia. Mi abuela no supo gestionar la muerte de mi abuelo, tenía tierras, negocios pero la engañaron y lo perdió todo. Fue un suceso muy dramático, porque tuvo que abandonar su casa, el pueblo y se vinieron a la ciudad y se puso a trabajar para sacar a su familia adelante, mi madre empezó a trabajar a los 9 años limpiando casas. Fue una situación muy dura y difícil...fue una tragedia”.

El dolor del alma que citó la paciente podría tener que ver a ese secreto que ha pasado de una generación a otra, que a través del acto del silencio, va horadando el hueco del vacío interno, y la relación de la fibromialgia como metonimia del lugar (tapadera, cáscara del caracol) donde se deposita. Lo describo como secreto, por el carácter de transmisión de mujer a mujer de su familia y también por el carácter vincular con la imposibilidad de poder hablar del sufrimiento con naturalidad. Y este hecho nos podría remitir al material recogido en la primera entrevista donde analizábamos la desconexión emocional que parecía sentir hacia la muerte de su padre:

“Cuando murió mi padre no lo sentí porque mi madre se encargó de todo”, podríamos hasta decir, que la madre se encargó hasta de evitar de que ella no lo sintiera.

A través de la madre podría haber aprendido que el sufrimiento se tiene que silenciar, de que no se puede hablar del sufrimiento, no se puede sufrir y como no se puede conectar con esa emoción porque mi madre me evita hasta que pueda llorar la muerte de mi padre, podría ser una de las causas por las cuales, la paciente pudiera no haber elaborado el duelo.

La madre la podríamos comparar con la caja que la paciente no trajo, la madre en su caja (su mundo) lo llena de dolor, para tapar el sufrimiento de los otros, y la hija, se quedaría solo con la tapadera, que podría ser su cuerpo lleno de dolor (la fibromialgia). Una tapadera horrible (monstruo, la cara de payaso), pero sin ese sufrimiento que existe, y que hay que elaborar (secreto transgeneracional). El sufrimiento tendría que ver con lo “no permitido”. Pareciese que ese cuerpo, o la fibromialgia, estarían representando lo que no se puede nombrar, porque no se lo permitieron.

Torok y Abraham, (1978, 1987 en Laguna 2016: 2-4) explicaban que *“los síntomas aparecen no solamente por lo que el individuo reprimió en su infancia (sobre todo durante el Complejo de Edipo), sino también por los “secretos innombrables” y no hablados de las generaciones anteriores”*. Estos autores afirmaron que, cuando el evento traumático es demasiado vergonzoso, *“la persona que lo sufre no logra ni reprimirlos ni elaborarlos y se ve forzado a encriptarlos”*. En otras palabras, *“el trauma no es consecuencia (solamente) de lo reprimido, sino de lo encriptado”*. Esto corresponde a un nuevo “lugar” o topología (“la cripta”) donde falla tanto la represión, como la capacidad de hacer consciente el evento (Losso 2007). Hablan de un mensaje encriptado, precisamente porque es *“algo indescifrable, incapaz de ser elaborado”*. Los autores hablaron también de un phantom o *“efecto fantasma”*, para describir la marca que deja este *“mensaje encriptado”*. El evento fue muy vergonzoso y tuvo una carga emocional muy alta para el individuo, por eso no puede ponerlo en palabras y se convierte en un secreto. Queda *“oculto de la consciencia, pero tampoco puede ser expresado a través de síntomas (que son símbolos)”*.

Herminia profundizó en como este acontecimiento afectó profundamente a las mujeres de su familia, sometiéndolas a fuertes procesos de sufrimiento tanto físicos como emocionales y el modelo de transmisión recibido, mujeres muy sufridas y mujeres que se tragaban el sufrimiento. Paralelamente, tras contar este relato asoció el dolor de ellas con su primer recuerdo de dolor sin causa orgánica a los 3 años, en las piernas.

Una vez terminado los talleres, la arteterapeuta hizo una entrevista individualizada para recoger información de los posibles cambios que se habían producido en la terapia, ahondar en cómo informaba ella esos cambios y contrastar con sus propias percepciones.

Herminia dijo:

“...Los talleres me han servido...Ha un aprendizaje que se incorpora que no te das cuenta

al momento pero que se manifiesta después en la forma de relacionarme con los demás, en la forma de actuar en ciertas situaciones, es como si formarse parte de mí, de entenderme a mí misma de una manera diferente o de relacionarme con otras personas o percibir ciertas situaciones de una manera diferente a antes, con menos dolor”.

En septiembre hubo otra entrevista Herminia dijo que había dejado toda la medicación, excepto antiinflamatorio, Nolotil, Tromador, durante el verano.

Hizo referencias a que las obras que se llevaron a su casa las puso en una habitación, y le sorprendió “todo lo que se puede aprender al observar las obras”.

“Cuando estoy en mi casa de repente al pasar por el pasillo, las miro y me meto en la habitación a observarlas, lo que queda por aprender o lo que las obras me muestren de mi...”.

Esto es positivo porque en definitiva el espacio del arteterapeuta es un espacio para posibilitar el poder pensar lo psíquico.

Siete meses después de la última entrevista la arteterapeuta hizo una llamada de revisión a todas las pacientes, la conversación fue breve y tenía como fin comprobar si los posibles cambios que habían informado se mantenían tras el paso del tiempo o no. En el caso de Herminia comprobó que se mantenían los cambios informados por la paciente de la última entrevista.

Tabla de palabras claves analizadas a través del programa NVivo 10:

Identificación masiva, simbiosis, fibromialgia, conflicto sin elaborar, alivio, bienestar, adormecimiento, descanso, igual a mi madre, sufrida, callar el dolor, repetición, enfermedad multiorgánica, trauma, secreto, muerte del padre, no conexión con el dolor, negación, evitación, represión, defraudada, tristeza, confusión, fase depresiva, malestar, algodones (niños), no hacer, sol (esperanza), dificultades, frustración, culpa, no parar, sufrimiento, ansiedad, angustia, pelea, pegar, golpear, agitación, compulsión, abandono, descansar, dormir, agitación, reparador, agresividad, dualidad, impotencia, depresión, afrontamiento pasivo, afrontamiento activo, problema sin resolver, romper, desprenderse, alivio, calma, encadenada, ausente, comprendida, libertad con cadenas, terapia, encontrarme, no volver a perderme, estrés, ambivalencia, contradicción, deseo, desconexión con el cuerpo, olvido, autoagresión, cuerpo siempre recuerda, resistencia, tirar, suavizar, leerse, tortura, barco (ilusiones), fuerza, obligaciones, cargar, hiperactividad, tapadera, cara de payaso, liberación, vacío, monstruo, falta interna, la nada, reflexión, mariposa, transformar, parchear, vida, aprendiendo a parar, caracol, presión externa, identidad, protección, muerte simbólica, fantasía, ideales, dolor del alma, peso, descanso, paz, simbolización, cuerpo, bloqueo, psicomatización, inmovilidad, fracturar, tragedia, silencio, duelo sin elaborar, lo no permitido, indescifrable, no elaborable, aprendizaje, autoconocimiento.

Tabla que relaciona las palabras claves extraídas del NVivo 10 con las categorías que se han analizado:

Categorías	Palabras clave
Construcción del apego	Identificación masiva, simbiosis, confusión, fase depresiva, ambivalencia, contradicción, falta interna.
Mecanismo de defensa	Repetición, negación, evitación, represión, protección.
Somatización	Fibromialgia, enfermedad multiorgánica, cuerpo siempre recuerda, malestar, estrés, dolor, dolor del alma, peso, inmovilidad, hiperactividad, parchear, no conexión con el dolor, dificultades, frustración, culpa, no parar, sufrimiento, impotencia.
Construcción de la identidad	Conflicto sin elaborar, igual a mi madre, sufrida, trauma, secreto, muerte del padre, defraudada, tristeza, abandono, depresión, problema sin resolver, tortura, obligaciones, cargar, falsa identidad, presión externa, identidad, bloqueo, silencio, duelo sin elaborar, lo no permitido, indescifrable, no elaborable, afrontamiento pasivo, estrés.
Sesgo de género	Angustia, ansiedad, agresividad invertida, auto agresión, depresión, tortura, obligaciones, cargar, peso, callar el dolor.
Simbolización plástica del conflicto	Dualidad, desconexión con el cuerpo, olvido, alivio, bienestar, adormecimiento, descanso, algodones (niños), no hacer, sol (esperanza), pelea, pegar, golpear, agitación, compulsión, abandono, descansar, dormir, agitación, reparador, afrontamiento activo, romper, desprenderse, alivio, calma, encadenada, ausente, comprendida, libertad con cadenas, terapia, encontrarme, no volver a perderme, deseo, cambio, tirar, suavizar, leerse, barco (ilusiones), fuerza, tapadera (SFM), cara de payaso, liberación, vacío, monstruo, falta interna, la nada, reflexión, mariposa, transformar, vida, aprendiendo a parar, caracol, cáscara (SFM), falsa identidad, muerte simbólica, fantasía, ideales, dolor del alma, descanso, paz, simbolización, cuerpo, fracturar, tragedia, aprendizaje, autoconocimiento, tapadera, lo no permitido, indescifrable, no elaborable.

7.7.4.4 Conclusiones del análisis del caso H (Herminia)

<p>Objetivos específicos de la 4º fase de intervención</p>	<p>Conclusiones específicas de la 4º fase de intervención. Valoración del 1 al 4 del cumplimiento de la terapia.</p>
<p>Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.</p>	<p>A través del vínculo que se estableció entre los materiales y el proceso creador pudo experimentar sensaciones de alivio, bienestar, descanso, disminución del dolor, reparación interna y disminución del tratamiento farmacológico. Valoración: 4</p>
<p>Posibilitar la reestructuración internalizada de la imagen corporal dolorida.</p>	<p>Ha podido conectar con el dolor del alma, el dolor existencial, la falta interna, el vacío y recrearlo a través de la expresión artística, accediendo a la construcción de nuevas imágenes internas, que le ha permitido poder pensarse desde lugares diferentes a la somatización (tapadera, cáscara, la posible asociación con la fibromialgia). Valoración: 4</p>
<p>Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.</p>	<p>En el espacio del taller ha aprendido a pararse para poder verse y conectarse con sus necesidades y ello le ha proporcionado una liberación, calma y un deseo de incorporar esa acción en su vida como herramienta para una mejora emocional y física.</p> <p>Ha podido hacerse cargo de ciertas emociones que ponía en el afuera, en el cuerpo, y reelaborarlas a través de la simbolización plástica del conflicto, adquiriendo un mayor agenciamiento de sí misma. Valoración: 3</p>

<p>Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.</p>	<p>Ha tomado conciencia de aspectos inconscientes sin elaborar que se manifestaron mediante la repetición de actos, (como la destrucción del objeto creado que hacía referencia a su novela familiar y autobiográfica) y/o el olvido de áreas emocionales. A través de la técnica de la clarificación y confrontación de esas conductas dentro del espacio del taller ha podido tomar conciencia de las dificultades y resistencias que se activaron al conectar con sus emociones y por lo tanto, a poder acceder a un mayor autonocimiento de los síntomas que le afectan a la salud física y emocional de manera negativa.</p> <p>A través del proceso creativo y las obras resultantes ha podido darse cuenta de las resistencias manifestadas, convirtiéndolas en represiones conscientes de sus dificultades, que le ha posibilitado progresivamente acercarse a áreas emocionales con menos resistencias el hecho de permitirse conectar con el dolor, leerse, pensarse, más allá del síntoma.</p> <p>Valoración: 4.</p>
<p>Apoyo y acompañamiento en las dificultades emocionales de aceptar el brote de la enfermedad en sus vidas.</p>	<p>A lo largo de la sesiones ha podido identificar y reconocer conflictos psíquicos a través de la expresión artística y aceptar que conectar con las emociones ligadas a la fibromialgia podría conducirle a lugares de sí misma sin explorar.</p> <p>Tomar mayor conciencia del componente emocional implicado en el sufrimiento de la fibromialgia, como una vía para poder desbloquear su psiquismo y movilizar el sufrimiento a través de la reflexión, la escucha y la transformación plástica.</p> <p>Valoración: 3</p>
<p>Reducir los efectos de la enfermedad, fomentar la comunicación y la interacción con otros pacientes.</p>	<p>La paciente informó de ciertos beneficios de cambios internos a través de la interacción con las otras pacientes, en donde a modo de aprendizaje podía incorporar las resonancias grupales.</p> <p>Valoración: 3</p>

<p>Fomentar espacio de empatía e identificación para compartir y narrar experiencias autobiográficas.</p>	<p>A través de la interacción grupal y la asociación libre de la palabra ha compartido narrativas autobiográficas en relación al secreto transgeneracional que vivió su abuela y su madre, a raíz de la muerte de su abuelo, recordando paralelamente, sus primeros recuerdos de dolor. Compartir estas narrativas le sirvió como alivio en un momento del taller que se sentía bloqueada. Así como, le sirvió para poder comprender su sufrimiento de una manera más integrado.</p> <p>Valoración: 3.</p>
<p>Mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>	<p>La paciente informó que a través de la expresión artística ha podido tomar conciencia del dolor emocional que vive, ampliando y ordenando de tal modo, aspectos de su subjetividad.</p> <p>Ha informado de los beneficios del taller como un aprendizaje que se ha incorporado en la forma de relacionarse, actuar en ciertas situaciones, de entenderse a ella misma y percibir las situaciones de manera diferente con los otros, con menos dolor y con mayor autoconocimiento de sí misma.</p> <p>Ha reducido la toma de medicamentos.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Proporcionar un foro de diálogo para compartir los problemas existenciales.</p>	<p>Ha compartido las dificultades que presenta para parar la mente, el estrés que vive en el trabajo, el auto maltrato, culpa, ansiedad, angustia con la fibromialgia.</p> <p>Ha podido identificar su sufrimiento con el sufrimiento del otro y hacer procesos de individualización y subjetivación a través de las nuevas narrativas resultantes de las obras creadas, generando de tal modo, nuevos sentidos y modos de posicionarse en el mundo, de una manera más activa.</p> <p>Valoración: 3</p>

<p>Pensar al sujeto desde un enfoque integral y conocer a la persona que sufre el síndrome.</p>	<p>A raíz de la evolución de su paso por los talleres, se observó un cambio de posición subjetiva. Al inicio informaba de las estrategias de afrontamiento del síndrome pasivas, colocándolo todo en el afuera y conforme avanzaron los talleres, se produjo un cambio, donde la paciente adquirió plena conciencia de la incidencia del dolor emocional en el dolor físico.</p> <p>Se despertó la llamita de querer agenciarse de su estado emocional y no seguir fijada en la queja.</p> <p>A través de la relación grupal ha podido pensar la fibromialgia como un todo, en el cual, influye lo emocional y lo físico.</p> <p>Valoración: 4.</p>
---	---

<p>Contribuir, mediante el análisis e interpretación de los resultados de los estudios de casos, a una mayor comprensión de las personas que sufren el síndrome, explorando las diferentes complejidades que influyen en el constructo subjetivo.</p>	<p>A través de las obras creadas y la observación del proceso creativo, se ha podido recoger información relevante para la teorización a través de la práctica de la fibromialgia.</p> <p>A través de las metáforas de la tapadera, la cáscara, el vacío, la nada, se ha podido analizar la posible función de la fibromialgia con la falsa identidad y con el campo del psicopatismo.</p> <p>Ha posibilitado poder establecer nexos entre el carácter pre verbal del material inconsciente intrapsíquico con el cuerpo, como metáfora de la fibromialgia donde se deposita lo “encriptado”, lo no permitido.</p> <p>Así como, se ha podido ahondar en como el silencio, el no permitirse sufrir actuar como un particular modo de lenguaje, en donde el cuerpo a través del dolor, crearía su particular modo de comunicación.</p> <p>Se ha podido trazar los nexos entre género (la similitud del sufrimiento silenciado y el deterioro de la salud: fibromialgia y enfermedad multiorgánica, y el componente de la inversión de la agresión hacia el cuerpo), con el campo de la psicopatística y la fibromialgia como esa piel que protegería de manera dañina la no elaboración de lo no permitido, la evitación del sufrimiento físico, siendo colocado en el cuerpo.</p> <p>Valoración: 4.</p>
---	---

7.7.4.5 ANÁLISIS DEL CASO A (ANA). RECORRIDOS DEL CUERPO: DESDE EL DESEO DEL OTRO AL DESEO PROPIO.

Arteterapia nos enseña que es una herramienta para la libertad, se ofrece como un campo para construir un lugar allá donde el Otro no lo ha facilitado, la posibilidad de poder ser más allá del no ser, para poder venir al encuentro de uno/a mismo/a. (Guiote, 2016)

Tabla temas principales:

49 años, vive con su pareja y dos hijos.

Nivel cultural bajo.

Diagnóstico de la SFM 2002-2003 pero sufre los síntomas desde que tenía 28 años.

Antecedentes clínicos: depresión, distimia¹, angustia y estrés pos-traumático, esteatosis hepática, ansiedad, artrosis, asma, osteoporosis, problemas ginecológicos: mioma uterino, reumatismo, estrechamiento del esófago, hernia de hiato, reflujo gastroesofásico.

Madre murió de cáncer de colon y sufría fibrosis hepática. Madre encarna el modelo de feminidad vigente. Padre autoritario.

Estrategias para combatir el dolor o el malestar fueron: toma de medicamentos, agua caliente, sacos térmicos, respiraciones.

Fatiga Crónica:

Diagnosticada desde 1990.

Post Test:

Sigue en la misma situación que antes. Ha cambiado los fármacos, ha cambiado el antidepresivo, no toma este medicamento y lo ha sustituido por una dosis más alta del medicamento del dolor (Ver en entrevista anterior).

Post Test I:

Sigue en la misma situación. Consume un nuevo medicamento Toripamato 1/12h (50mg). Informó de su deseo de querer separarse de la pareja, y estaba buscando los medios económicos para poder ser independiente y rehacer su vida.

Entrevista realizada 7 meses después del tratamiento: informó que había encontrado la manera de poder ser económicamente independiente y se había ido a vivir sola. Como consecuencia de ese cambio de vida, dijo que había experimentado una notable mejoría y bienestar emocionalmente y físicamente. Señaló que seguía sufriendo dolor por la fibromialgia, pero que se había disminuido los ingresos en urgencias, había perdido peso y que se encontraba más estable psicológicamente.

¹ Es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión. Se cree que su origen es de tipo genético-hereditario y que en su desarrollo influirían factores psicosociales como el desarraigo, la falta de estímulos y premios en la infancia, entre otras causas. El término fue utilizado por primera vez por James Kocsis, de la Universidad de Cornell, durante la década de 1970. Un nuevo cambio en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) es la modificación categórica de la distimia cuyo nombre ha sido reemplazado por Trastorno Depresivo Persistente.

Entrevista 1º Historial de vida (ANEXO LA ENTREVISTA ORIGINAL):

Ana es una mujer de 49 años, separada, vive con su ex marido en la misma casa. Tiene tres hijos/as: una de 31 años, otro de 28 años y otro de 22 años. Ha completado estudios en formación profesional. No trabaja en la actualidad, y no tiene baja laboral. Es ama de casa. Anteriormente trabajaba llevando la contabilidad de la empresa familiar, tenía un negocio propio, un restaurante, y anterior a eso, trabajaba como peona en el campo. Tuvo en torno a unas 4 o 5 bajas laborales, algunas por causa de la fibromialgia y otras por la ruptura del supraespinoso.

Descripción de los atributos clínicos:

En el 2002-2003 le diagnosticaron el síndrome de la fibromialgia, pasaron más de cinco años desde que tenían los síntomas del síndrome hasta que se lo diagnosticaron. La enfermedad se inició de manera lenta. Recuerda indicios de malestar hace veinte años, cuando tenía 28 años y estaba embarazada del tercer hijo notaba que le pasaba algo.

Los primeros síntomas fueron dolor de cabeza, cefaleas hemicraneal crónica, dolor en la parte inferior del cuerpo, en la parte superior cansancio, infiltraciones por bursitis, rodilla derecha, izquierda, cadera, costilla, parte derecha del cuerpo, punto Arnold, insomnio durante 14 días.

Tiene el tratamiento para el síndrome desde hace aproximadamente diez años, actualmente tiene tratamiento farmacológico: Tranquimacin, (1mm/día, desde 15 meses)-, Adofen (2 mm/día, desde hace 1 año); Lormetazepan (2mm/diario, hace un 1 año); Protector gástrico (20 mm/día, desde hace 15 meses); Robaxisal (diario desde hace 1 año); Cortisol. Medicación para dormir la toma desde hace 8 años.

Antecedentes clínicos:

Presenta trastorno del estado de ánimo: depresión, distimia, angustia y estrés pos-traumático, esteatosis hepática, ansiedad, artrosis, asma, osteoporosis, problemas ginecológicos: mioma uterino, reumatismo, estrechamiento del esófago, hernia de hiato, reflujo gastroesofásico.

Infancia, adolescencia y relaciones sociales:

Tiene buenos recuerdos de sus padres y de su infancia. Al padre lo definió como disciplinado, autoritario, ha recibido una educación estricta, era policía local y actualmente vive, tiene un cáncer de próstata.

A su madre la definió como una persona fría que no ha sido cariñosa, no era de transmitir sentimientos, pero que siempre la sintió presente y se sintió querida. Murió en el 2001 de un cáncer de colon, anteriormente tuvo una fibrosis hepática.

Tiene 5 hermanos y ella es la mayor. Tuvo que hacerse cargo del cuidado de ellos. Tiene un hermano de 47 años, una hermana de 46 años, otra de 41 años, y la última de 39 años. Ana dijo:

"..Al ser la mayor se esperaba que yo evitase situaciones, se me exigía que yo fuese mediadora, no a un término exagerado pero sí me he sentido responsable. No me tenía que hacer cargo de muchas cosas de la casa pero sí que recuerdo que mi madre solía dejarme a cargo de mis hermanos y cuando se volvía a quedar embarazada me sentaba mal decía otra vez".

Las relaciones en las escuelas las describieron como buenas con las compañeras pero tenía malos de recuerdo en relación al autoritarismo de las monjas y a la educación religiosa que le transmitía sobre un Dios castigador y represivo.

Creía que la fibromialgia podía influir en los principales conflictos de pareja.

Se definió como una persona autoexigente, hiper sensible, perfeccionista, amiga de sus amigas, fuerte, luchadora, con fe, esperanza, positiva y alegre.

Normalmente, para combatir el dolor o el malestar tomaba medicamentos, agua caliente, sacos térmicos, respiraciones.

Sentía que su pareja, y otras personas importantes la alentaban y estaban ayudando; pero que su hijo y amigos la ignoraban. Este dato en relación a cómo percibe el apoyo por parte de su hijo que ella nombró en este momento de la entrevista, se contradice con otros momentos en el que citó máximo de apoyo por parte de su pareja e hijos. Por el entorno familiar dijo sentir algo de apoyo y por el médico, enfermera y psicóloga que la han atendido anteriormente ningún apoyo.

Situaciones o estados que agravan sus síntomas son los sobreesfuerzos e irritaciones, por la mañana solía sentirse peor, la noche, actividades física, ciclo menstrual, cuando hacía las tareas de la casa, cuando tenía que concentrarse, al leer, con las preocupaciones, con determinadas comidas, con el frío, las relaciones sexuales, en las reuniones familiares y sociales; y los que la atenuaban, los baños calientes, por la tarde, con la relajación, y el calor. Había una serie de actividades de la vida cotidiana que se han visto alteradas por la fibromialgia, como las relaciones sociales, compromisos familiares, amigos, etc.

Aspectos significativos explorados en su relación de pareja: a veces dijo que estaba separada, otras en pareja, otras que ella estaba soltera pero que seguía teniendo relaciones con su ex marido, etc. Las notas de la arteterapeuta recogieron una contradicción y confusión ante los sentimientos de la paciente Ana hacia la persona con quien convivía.

En relación a las expectativas de futuro de la enfermedad dijo que no quería pensarlo, sentía que ya ha intentado muchas cosas para mejorar la sintomatología pero que no ha funcionado, pensaba que era algo que estaba latente de por vida. Las perspectivas que tenía para el futuro en general no relacionadas con la fibromialgia eran vivir el día a día, dijo:

"...El futuro dejó de importarme hace ya mucho tiempo, lo que tenga que ser....será".

Definió la fibromialgia como:

"...Un tipo de veneno en mi cuerpo que está haciendo estragos en mí".

Recordó que desde el verano de 1990 sufría fatiga y desde que comenzó la fatiga tuvo dificultades para concentrarse en general y para recordar cosas. Tiene dolores de garganta, irritabilidad por faringitis crónica, nódulos linfáticos, dolor muscular, dolores en las articulaciones, de cabeza. Los dolores de cabeza son más fuertes cuando sufre fatiga que con la fibromialgia. No puede dormir más de dos horas seguidas y se levantaba más cansada. Desde hace dos meses sentía como una descarga eléctrica en la cabeza que le obligaba a sujetársela con las manos y permanecer inmóvil por unos segundos. Cuando le preguntó por el posible origen de la fatiga dijo: infección viral, cambio de casa, problemas familiares (algunos de los desencadenantes que citó fueron diferentes a los que ha citado en relación a la fibromialgia).

No tenía motivación a que la terapia que le ofrecíamos en el hospital fuese a servirle porque ha estado en otras terapias grupales y otro tipo de tratamiento como Ozono terapia, Taichi, Aichi y Yoga durante mucho tiempo y no le sirvió para nada.

Análisis del estudio de caso de Ana:

Los temas principales:

Idealización, rabia, hostilidad reprimida y sentimientos de ambivalencia hacia la madre.

Contradicciones encontradas en:

Identidad: descripciones de sí misma, infancia, recuerdos (percepciones sobre su identidad, cómo se ve a sí misma y cómo percibe que la ven los otros; contradicciones; roles que asume dentro del taller).

Vínculos fundantes²: descripciones que hace de los objetos internos (padre y madre), contradicciones y reactualización de dichos vínculos en las relaciones sociales.

Relación con la pareja sentimental: descripciones, sentimientos, percepciones, contradicciones que aparecen entre su discurso, obra y novela familiar³.

Rol, posición y estrategias de afrontamiento de la fibromialgia desde la repetición del síntoma.

Maltrato psicológico: embotamiento emocional, bloqueo, vulnerabilidad a las emociones positivas y negativas, etc.

Fibromialgia: descripciones hiperbólicas del dolor, síntomas, medicación, estrategias y afrontamiento de la enfermedad, perspectiva de futuro, representaciones a través de las obras resultantes, posibles desencadenantes.

Relación grupal: activación del rol materno en la relación grupal.

Dualidad.

Metáforas:

-La máscara.

-La tribu.

Modelo de feminidad vigente.

Modelo de las figuras de los vínculos fundantes segados por la heteroasignación patriarcal.

2 Los vínculos fundantes es un concepto desde la psicoterapia psicoanalítica usado para hacer referencia a los primeras figuras cuidadoras del infante. Los/as primeras personas que el infante establece sus primeras relaciones vinculares y que determinará en la construcción del psiquismo y en las relaciones en la vida adulta.

3 La novela familiar es un concepto usado desde la psicoterapia psicoanalítica que hace referencia, a la historia autobiográfica del sujeto.

1º FASE: TALLER 1 AL 8: AMBIVALENCIA: "TODO ES PERFECTO"/"RABIA"

En esta primera fase voy a hacer un análisis del material recogido durante las primeras entrevistas semi-estructuradas y de las ocho primeras sesiones de arteterapia.

Ana ha sido una de las participantes que más se ha comprometido con el grupo. Ha asistido a los talleres de manera continuada y ha cumplido todas las normas del encuadre que se establecieron previamente al inicio del taller. Inicialmente dijo que no le solía gustar las terapias de grupo porque le afectaba demasiado lo que otras personas contaban, pero conforme avanzó los talleres se fue comprometiendo cada vez más y expresó los beneficios de la misma.

En el primer taller se trabajó con la propuesta del nombre. En este taller ha sido ilustrativo la relación que se estableció entre su proceso creador, la imagen y su discurso verbal porque se observaron ciertas dificultades, parecía cansada, y realizó la tarea de trabajo de manera muy lenta. Ana dijo:

"Es que soy muy perfeccionista y por eso voy tan lenta".

Estas citas nos podría dar información de cómo los mandatos superyoicos ocuparían un peso tan fuerte en su subjetividad, que aun vaya rápido o lento, lo haga como lo haga, no va a llegar a sentirse completa.

Avanzado el taller Ana rechazó la imagen creada, diciendo:

"Esta sosura no soy yo. Porque soy super alegre. Lo que pasa que ya me tomo mis tiempos porque he ido toda la vida muy acelerada y quiero decir que está incompleta".

En las primeras entrevistas junto con este primer taller y otras citas en talleres posteriores se ha podido encontrar ciertas contradicciones en las descripciones de su personalidad. Ana se definió como:

"Yo fui una niña feliz, muy don de gentes, tenía muchos amigos, pero ya te digo la sensibilidad, la auto exigencia, quería ser siempre la mejor amiga, la mejor compañera, cómplice, tener contenta a todo el mundo, ser un 10 en todo, y claro, me frustraba. Pero mi niñez yo no recuerdo ningún trauma, yo feliz, feliz, traumas ninguno".

"A veces se enfoca mucho la enfermedad a un trauma de violencia de género o trauma en la infancia, pero yo te digo que traumas no tengo, sí que decía mi madre otra vez con otra barriga, me daba coraje, pero feliz, feliz".

Era significativo como se entrelazó el discursos en tres puntos principales: por un lado, expresó recuerdos buenos pero paralelamente en la asociación libre de la palabra mencionó recuerdos marcados por el sufrimiento, malestar, por una hipersensibilidad y auto exigencia (imperativo a alcanzar un ideal como persona) que condicionó su vida y por otro lado, siempre que terminaba la frase con algún recuerdo de dolor, o malestar, citaba:

"Yo traumas ninguno, yo no tengo traumas".

Tanto por la ambivalencia constante que se recogía en su discurso como por la necesidad de decir que no tenía traumas, nos podría estar indicando la existencia de cierto material intrapsíquico en conflicto.

Si atendemos a las descripciones que hizo de su madre y la identificación con la misma, se podría abrir la reflexión de un posible apego ambivalente que se podría activar a modo transferencial en el resto de sus relaciones tal y como la paciente fue relatando a lo largo de los talleres:

“Mi madre era una mujer fría, autoexigente, perfeccionista, me faltaba ese cuerpo a cuerpo, las muestras de cariño, ella te demostraba su amor y cariño comprándote cosas, aunque yo nunca lo añoré...Mi madre muy buena, muy querida por todo el mundo. Pero muy exigente. Si me mandaba algo lo tenía que hacer perfecto...Una mujer de valores, principios, querida por todo el mundo”.

“En todos mis trabajos, en el restaurante era muy autoexigente y claro, eso me ha ido sobrecargando en el día a día...A ver me he planteado que por qué esto me ha venido a mi vida, yo sé que soy una persona con una sensibilidad horrenda y eso no me ha hecho bien pero no puedo quitármelo de mi vida”.

La auto exigencia, el perfeccionismo, el imperativo de “hacer todo bien, perfecto” podrían ser mandatos superyoicos transmitidos a través de la relación vincular con su madre, con quien, a lo mejor, sintió que hiciese lo que hiciese no era suficiente para alcanzar las expectativas, tal y como podíamos observar en el primer taller que fuese rápido o lento no sería suficiente para estar completa. Posiblemente, sentir que no cumplía con lo deseado por su madre podría haberle generado una cierta angustia interna y miedo, ante la posible pérdida del amor, pudiendo actuar como factores que podrían estar en la base de esa sensibilidad horrenda y en la falta de un cuerpo a cuerpo como citó la paciente, que le proporcionase un lugar de seguridad interno.

Levinton (2000 en Távora 2010: 8) desarrolló una formulación teórica basada en la experiencia clínica con mujeres, del lugar que van a tener las necesidades de apego en la construcción del mundo relacional de las niñas. Entre su teorización se centró *“en la relación de la niña con la madre como principal fuente de gratificación y de regulación psíquica y biológica para lo cual la niña aprenderá a cumplir lo que la madre le manda, “ser buena”, como una manera de conseguir sentirse bien y no encontrarse en una situación de conflicto”.* Por el contrario, *“si no eres buena el miedo a no ser querida aparecerá como “peligros potenciales para provocar una situación de angustia”* (ibidem:132).

Lo que se ha podido recoger en Ana a través del arteterapia, son sentimientos de frustración e hipersensibilidad que han estado en la base de su subjetividad a edades muy tempranas, marcado por el sufrimiento psíquico y vinculado a la relación con la madre.

En el taller 5, uno de los aspectos más significativos respondería al rol que Ana adquirió dentro del grupo y la relación de ese rol con la identificación con su madre. Muchas integrantes del grupo expresaron su queja por la percepción de sentimientos de abandono, incompreensión por parte de la sociedad y relaciones familiares. Ana dijo:

“Voy a contaros un secreto: antes de la enfermedad era una persona muy perfeccionista (como casi todas las personas que tiene fibromialgia, que se exigía mucho a sí misma, que tenía que ser un diez en todo, hacía muchas actividades, no vivía o vivía para mi familia). Para mí la enfermedad me ha permitido valorar, tomar conciencia de muchas cosas que antes no lo hacía, de emocionarse con un atardecer, de mirar el cielo y dejar pasar el tiempo, pequeños detalles que me han ido renovando interiormente. He tenido depresiones muy fuertes, momentos de tocar fondo, de no querer vivir, de estar en un sofá y ser una zombi, y a través de la enfermedad, he aprendido a encontrar mi ritmo para hacer las cosas, lo que la enfermedad me ha aportado es un aumento de la vida interior, un crecimiento personal muy grande”. (hay un momento del proceso que se emociona, todo el grupo se emociona al escucharla).

Lo relevante es que ante un grupo que se quejaba y hablaba de sus dificultades ella podía haber personificado el rol de su madre de estar para el otro, de cumplir una función de ser *"la perfecta compañera de grupo"* de enseñar a los miembros del grupo mediante su ejemplo de superación que ella tenía la experiencia y las herramientas para enseñarles a través de su proceso, que se podía salir del "hoyo", a través de su propio proceso. Pero la contradicción residiría que ella hablaba desde una desconexión con ciertas emociones que estaban saliendo a modo emergente en el grupo, y actuaba como si ella estuviese fuera de eso, sin ser plenamente consciente que ella estaba allí por las mismas dificultades de gestionar las limitaciones de la enfermedad y además, era la paciente que más sufría por trastornos de conversión, somatización e ingresos a urgencias dentro del grupo. Realmente, no representaría un modelo "viable" a seguir. Se podría pensar que esa necesidad de ser querida, reconocida que nos señalaba Levinton, le podría llevar a actuar con las mismas estrategias que hacía su madre, de estar para todo el mundo, con las consecuencias negativas, que ella no se permitiría conectar con su área emocional al estar actuando a modo de objeto para el otro, a modo de cumplir unas funciones determinadas. La pregunta sería ¿conoce Ana cuáles son sus necesidades y se permite conectarse con ellas?.

Podríamos pensar que mediante el posicionamiento de ese rol se podría estar activando un mecanismo de defensa para evitar conectar con el material que está emergiendo a nivel grupal. Al hablar ella desde un pasado ya resuelto convertido en un modelo a seguir podría ayudarle a no tener que conectar con lo que el grupo trae y por lo tanto evitar de tal modo conectar con su propia historia, su propio dolor. Mostró una imagen de sí misma fuerte, construida, y trabajada. Y como efecto de este modo de vincularse con las compañeras fue el recibimiento de la aprobación y del reconocimiento de ellas. Távora (2010) en su estudio con mujeres señalaba que la necesidad de ser querida y reconocidas se podría haber convertido en un censor interno que se encontraría en la base de la creación de estrategias en torno al cuidado del otro, como medio para poder conseguir dicho reconocimiento. En el taller, Ana se convirtió en la compañera más querida e idealizada. Podríamos pensar que podría haber obtenido con ese comportamiento los mismos beneficios que la madre, de ser querida y valorada por todo el mundo, con la contraprestación de no poder ser ella misma realmente y aprovechar la terapia como podría aprovecharla si se permitiese mostrar sus imperfecciones, debilidades, vulnerabilidades, si se permitiese no aspirar al ideal de perfección y darse la posibilidad de usar los talleres para una mejoría personal.

Otro hecho que se puso en valor fue la contradicción como sintomático en la base identitaria, y podría tener que ver con la propuesta que se trabajó de presentarse a sí misma a través del material. Ana en esta propuesta, centró su discurso en su deseo de ayudar a su cuñado quien tenía cáncer para que dejase de fumar y puso mucho empeño en ello, dijo que estuvo horas mostrándole fotos de los perjuicios del tabaco, etc., para ver si lo convencía pero que sus esfuerzos quedaron frustrados. Una de las razones que argumentó es que no tenían dinero, ni a veces para cosas básicas de la casa, y que ese dinero del tabaco podría ir para cubrir dichos gastos y en otros fragmentos del relato, señaló que también con ese dinero ahorrado se podrían hacer un crucero en verano. El proceso creador fue también significativo, se la vio nerviosa, angustiada, no quería que le tocara el turno de hablar, trató de evitar ser oída y de mostrar su trabajo. El conflicto se evidenciaría en el uso inconsciente de estrategias de los mandatos de género *"somos excesivamente buenas, el problema es que nos damos demás, nos preocupamos por la salud del otro"* como estrategia para poder tener "poder" con el consecuente revés, con las respuestas deficitarias de dichas estrategias que no empoderan, que no sirven para poder diferenciarse del otro, en el sentido que lo define Amorós (1999), hacer el recorte subjetivo. Távora (2006:2) en su estudio que hizo con mujeres que sufren fibromialgia, analizaba que desde su punto de vista lo que *"conformaba la subjetividad de estas mujeres, su forma de estar en el mundo y en las relaciones, era la necesidad de tener poder y como dicha necesidad se contraponía a modo de conflicto porque no tenían habilidades de empoderamiento"*.

Ana cuando terminó de explicar su obra, la destruyó, y este acto podría ser un acto simbólico, sobre ciertos aspectos de su identidad ligada a actos auto destructivos, ya que esta obra, junto

con la tarea solicitada de escribir una autobiografía fue destruida por la paciente. La obra se podría comparar a la modalidad artística de un "happening", el acto en sí, en el sentido de un suceso donde se activaría una acción determinada y la desaparición del mismo; la obra correspondería al proceso de destrucción como objeto resultante, que nos arrojaría información sobre la posible relación del acto de agresión como un modo de defensa o evitación ante la insostenibilidad de cierto material reprimido emergente relacionado a aspectos de su identidad. Al ser destruido, la obra quedaría vacía de un cuerpo simbólico y estético que la sostuviese, y por la cual, pudiese ser contemplado, visto, convirtiéndose la ausencia como huella o marca estructurante. Así como, nos permitiría analizar si ese material reprimido podría corresponder a un material (tal y como ya se ha observado en otros casos), donde no había posibilidad de simbolización ni elaboración verbal, actuando la destrucción y la ausencia tras la destrucción de la obra como metáfora del material inconsciente. Y se podría abrir aún más la reflexión si la fibromialgia, podría ser una metáfora de ese acto de auto destrucción, a través de la destrucción funcional de sus capacidades físicas y emocionales.

En otro taller se trabajó con la propuesta de hacer un collage, en este espacio se puso de manifiesto sus deseos y angustias y la idealización como defensa frente a la desintegración.



Imagen 61.

Ana pintó en la parte de arriba un avión con parajitos, lo definió como infantil. En la parte de abajo pintó lugares paradisíacos. Trató de representar sus deseos e idealizaciones para poder alcanzar la felicidad. Para ella la obra representaba una tribu, y lo relacionó con la

libertad, el romper con el tiempo, las normas establecidas y vivir de manera anárquica. El anarquismo en el sentido de vivir acorde a su ritmo y sus sentimientos. Es interesante que vuelva a aparecer el tema del tiempo como apareció en el primer taller, que podría estar hablando de la subjetividad, del tiempo que cada persona podría necesitar para construirse psíquicamente y de las posibles dificultades que Ana podría vivir en torno a la presión externa, en torno a cómo manejar su mundo interno frente al mundo externo.

También mencionó la mirada, la mirada como ese vehículo en el cual no necesitaba las palabras y lo relacionó al modo con que ella se sentía dentro del grupo que con solo una mirada sabían perfectamente lo que le pasaba a la otra. Se podría abrir la hipótesis si a través de la metáfora de la tribu, la paciente estaría representando de manera inconsciente el colectivo (grupo de personas) que sufre la fibromialgia y a través de la metáfora de la mirada, si podría estar representando su falta interna, la falta de investidura, de reconocimiento, la falta de una mirada estructurante que no tuvo y que a lo mejor, a través de la enfermedad, volviendo a un estado primitivo de necesidad de cuidado a través de un otro, volviéndose a un estado de dependencia y a la activación de la fantasía que aquello que no le dieron podría ahora, ser dado mediante el cuidado ante su enfermedad, y obtener de tal modo, ese reconocimiento fallido, volviendo a la fijación de un punto de anclaje de subjetividad marcado por la posición de dependencia. Ana se quejó de la incompreensión y malestar que vivía frente a la sociedad, los médicos, la familia, solo parecía encontrar refugio en las personas que vivían su enfermedad. La queja tal y como señala Levinton (2004) podría ser un modo de reactualización de la dependencia original, y si atendemos a la teoría de las relaciones objetales de Klein (1949), la paciente podría estar haciendo un desplazamiento de la falta original, la falta -de no poder estar completa o terminada- hacia la sociedad, externalizando su sufrimiento en la visión de un mundo deshumanizado, donde el estrés no dejaría vivir a las personas, y donde no era suficientemente comprendida, etc., y volver a abrir el interrogante, si de algún modo, podría estar haciendo lo mismo hacia su cuerpo, a través de la inversión de la agresión y la destrucción del mismo. Se podría pensar de tal modo, que un posible punto de anclaje de la angustia, podría tener relación a la pérdida, la privación, lo que deseó tener y no tuvo, a la dificultad de poder hacer el duelo de lo que no fue. Frías (2007: 87) decía que *"...la privación como resultado del acopio de pérdidas, la fijación a la pérdida, es un modo de sujeción a la demanda y defensa frente a la castración. Negación de una falta, la del sujeto del deseo, valiéndose del mecanismo de taparla con otras. La falta no se sutura por más que se llegue a la privación más absoluta ni por más que se niegue la falta en el otro; se hace cada vez más exigente a través de los síntomas de esclavitud y la pérdida de significación de la vida, junto a los estragos por la decepción implícita en la dependencia..."*

Las contradicciones nuevamente encontradas girarían en torno a la distancia que parecía existir entre sus deseos y las vías o estrategias correspondientes al campo de lo patológico que hizo uso para lograrlo, que no la empoderaron sino que le conducían a una repetición del síntoma. Fue llamativo que señalase que deseaba alcanzar la paz, la tranquilidad, y asociase esos deseos con una tribu, entendiendo a esta como una organización desde una visión mágica-religiosa. Si nos detenemos brevemente, en la metáfora de una tribu, más allá de la idealización que ella nombró de un contexto de vivir en contacto con la naturaleza, etc., se podría señalar que una tribu se caracterizaría por una organización estructural muy rígida, con unas normas y roles bien marcada y asignada según el género y con un funcionamiento jerárquico. Esta ambivalencia nos podría permitir pensar en el material conflictivo que la paciente ha ido señalando sobre su infancia, el malestar vivido por haber recibido una educación muy rígida, basada en el miedo y el cumplimiento de la norma, tanto por su familia como en la escuela, por ejemplo en la madre: *"si te mandaba algo lo tenías que hacer perfecto"* o en el padre: *"un hombre de valores pero muy autoritario y rígido"* o en la escuela: *crecí creyendo en un Dios castigador...* "En una ocasión llegó a citar que ella pensaba que debería de tener algo traumático con estos temas, porque siempre que se reunía con

sus amigas al final acababa hablando de esos recuerdos de su infancia marcados por tanta rigidez. Así como, si retomamos el concepto de mirada que ella nombró, se podría decir que es una mirada cerrada, donde sólo un grupo de personas específicas puedes comunicarse, que nos podría señalar que el único modo que presentaría la paciente para poder comunicarse con sus iguales sería a través de la fibromialgia, entendiendo el síndrome como la cristalización del síntoma.

La visión idílica que expresó Ana hacia la tribu, podría estar actuando a modo de mecanismo de defensa que le evitaría conectar con la hostilidad reprimida, en relación a ese material marcado por la rigidez, tal y como su cuerpo podría representar de manera ilustrativa a través de la inmovilidad del mismo y la fibromialgia como enfermedad que pararía la actividad motriz, el movimiento a través del dolor muscular.

A la arteterapeuta le pareció especialmente ilustrativo que Ana narrase diferentes ámbitos de su vida, y en todos esos ámbitos se recogiesen contradicciones tan marcadas, desde las percepciones que podía tener sobre el origen de la fibromialgia señalando en ocasiones por razones psicósomáticas y en otros momentos, por razones externas (vírica, factores químicos del cerebro), así como, los roles que ella podría asumir desde activos, haciendo uso del síndrome para agenciarse de su emociones o pasivos, colocándolo en un afuera; o en la relación de la pareja, donde pasaba de un polo: *“la convivencia era llevadero o somos opuesto y además tengo que tener relaciones sexuales pagando un precio por ello a nivel de enfermedad física”*, etc. Nos encontramos ante una constante división interna, contradicción y ambivalencia, sin la posibilidad de hacer procesos de integración. Todo parece ser de un color u otro, sin los matices intermedios que nos ayudarían a poder vivir las relaciones con el otro desde lugares neutros. Teniendo en cuenta la teoría objetal de Melanie Klein, podríamos reconocer como un estado de escisión. Pareciese que podría haber una dificultad para poder hacer procesos de integración donde la relaciones vinculares pudiesen valorarse desde otro lugares menos fragmentarios, como que la paciente fuese capaz de pensar un mismo hecho de manera integrada: *“si tener relaciones sexuales con un hombre al que no quiero me pasa factura en el cuerpo quizás no me compensaría esa relación”*, etc. Y considero interesante a resaltar es que la paciente no era consciente de esa contradicción constante de su discurso. Se podría prestar atención que en las obras también aparecería esa rigidez que también podemos observar en el modo de vincularse, en una u otra posición, sin esa articulación flexible, en movimiento de poder transitar las dificultades y sostener las contrariedades al mismo tiempo.

La contradicción es algo común al ser humano y que forma parte de la salud. Pensar en lo psicodinámico, es poder pensar que estamos en funcionamiento consciente e inconsciente constantemente, así como estamos en continuo funcionamiento con mi yo y el otro y ello requiere una constante tensión que se va transformando. El conflicto y la contradicción son constantes en el ser humano. Y por ello, lo importante en la terapia sería poder desarrollar recursos personales para afrontarlo de otra manera, para construir una manera más creativa para poder resolverlo. Poder reconocer simplemente que a veces se puede pensar en una cosa y otras veces, se puede pensar otra cosa diferente y que todo ello, formaría parte de la persona, de poder integrarlo y poder ser consciente al mismo tiempo. La paciente presentó material muy disociado, sin poder conectar con la emoción. Fundamentalmente, el trabajo de arteterapia osciló en que ella pudiera tomar conciencia de la contradicción para poder conectar con ciertas emociones subyacentes con un fin de integrarlo a través del proceso creativo.

Me gustaría detenerme un poco en las discrepancias recogidas en torno a la relación sentimental, ya que, considero que dicho tema atraviesa de manera transversal gran parte del sufrimiento actual de la paciente. En el taller donde se trabajó con la propuesta Dripping (pintura de goteo), creó manchas en el centro del papel, lo dobló en dos lados iguales y trabajó un poco con el goteo de pintura sobre el soporte y desde ahí tenía que crear

lo que le sugiriese. Lo más significativo del proceso creativo fue que sin darse cuenta le salió una imagen que fue inaceptable e intolerable para ella y cuando tomó conciencia se puso nerviosa, sintió vergüenza y trató por todos los medios cubrirla de color creando otra imagen. En la imagen original, le salió un pene, y lo cubrió con un capullo de flor. Llamó la atención el primer límite blanco a lo largo del capullo y otro límite verde como acotando la imagen, como haciendo un cerco y en el exterior como una especie de explosión de puntos de manera aleatoria. Podemos ver una imagen central, compacta, contundente, rígida, sin movimiento en contraste con el exterior que trataba de darle movimiento. Esta imagen se podría relacionar con la imagen donde aparecían las mujeres de la tribu en calidades estéticas de rigidez, y en estatismo, que nos permitiese ligarlo en la fijación e inmovilización de su propio cuerpo.

Desde el arteterapia se entiende que las imágenes plástica son representaciones de las imágenes interiores (Winnicott, 1949) y que actúan como puentes conectores para el acceso al inconsciente (Klein, 2006), posibilitando vías alternativas a la palabra, a través de la imagen. La imagen actúa a modo de espejo reflejando inscripciones sin elaborar, y abriendo de tal modo, nuevos modos de comunicación y procesos de reintegración del material inconsciente, tras la toma de conciencia momentánea que se produce al observar la obra dentro del espacio del taller. De tal modo, se podría decir que el arteterapia abre la posibilidad de poder pensar en un material que estaba velado por la conciencia y que al ponerlo en un afuera, -por los procesos de proyección y transferencia que se activan en la realización creativa de la obra- se puede trabajar el material con efectos simbólicos internos, que al tiempo que se transforma la materia se estaría transformando también las emociones. (Pain, 2008).



Imagen 62.

Ana dijo:

“En una de las obras con pintura me sentí francamente mal, sin querer, ni saber por qué me salió algo parecido a un pene, bastante bien definido, en principio me dio vergüenza, porque para nada había imaginado yo eso!!, traté de transformarlo y al final salió algo parecido a una flor,

tulipán o algo así”.

Ana dijo que creía que sabía lo que le pasaba pero que no quería compartirlo en el grupo. La arteterapeuta había visto un cambio en ella en ese momento del taller más agitada, nerviosa, golpeando el material para cubrir esa imagen. En arteterapia prestamos atención precisamente a estos comportamientos porque son como un reflejo de cómo podría afrontar situaciones parecidas fuera de los talleres, así como, nos podría ayudar a pensar en los niveles de negación y represión de cierto material intrapsíquico. Cuando Ana compartió su sentimiento de vergüenza y la necesidad de ocultarlo, la compañera Gerarda le dijo:

“Parece que hay algo que no quieres ver o reconocer con tu marido”.

Ana automáticamente negó el comentario de Gerarda.

Una vez finalizado el taller en su diario artístico Ana escribió:

“Estuve meditando si aquello realmente tenía un sentido para mí, aunque fuera de forma inconsciente, traté de indagar en mi atormentada cabeza y creo...no estoy segura de ello pero es posible que a la determinación a la que llegué sea cierta. El sexo me agota”.

Se podría observar que el tema sexual es un tema que aparece a modo de repetición con un carácter nocivo hacia la salud, concretamente de agotamiento, que nos podría indicar que la fatiga, aparecería en este caso cuando la paciente se disociaba, cuando el cuerpo actuaba al servicio de otro y la mente se desconectaba del cuerpo. Este dato nos permitiría ubicar la disociación en la etapa objetal de escisión, tal y como la paciente dijo: *“...aunque nunca quiero tener sexo, yo no sé si ya he llegado a un nivel...pero me pongo a pensar en otra cosa y desconecto...”.*

En las primeras entrevista ya se recogía información marcado por el conflicto inconsciente en la relación con la pareja, que la paciente no deseaba afrontar y que además podría hacer uso de la fibromialgia como “tapadera” para no afrontar la situación.

Por ejemplo, cuando la arteterapeuta le preguntó en la primera entrevista por su estado civil, no dio una respuesta clara sino que tartamudeó, y dijo:

“...Estoy separada”.

Luego rectificó:

“Estuve separada más de un año pero volvimos”.

Después dijo:

“...Aunque volviese con él, él no es mi pareja, estamos separados pero viviendo juntos. Excepto periodos que hemos tenido de separación de un año, meses, seguimos viviendo juntos 33 años ya. Legalmente estamos separados pero vivimos juntos. Ahora es mejor la convivencia que hace tiempo. Estamos como pareja, tenemos relaciones, yo no quiero y luego además yo tengo que pagar un precio, lo hacemos cuando se tuerca muy de tarde en tarde, a lo mejor una vez cada dos o tres meses”.

Arteterapeuta ¿tenías relaciones sexuales sin quererlo?

“...Seguimos juntos tenemos relaciones sexuales. Yo nunca quiero, ahí te lo pongo, nada y luego además tengo que pagar un precio, pero vamos que cuando se tiene es a lo mejor una vez cada dos o tres meses. Él no me fuerza, es cuando yo decido. Ha habido una época en que yo no quería rotundamente, pero

ahora si decido de manera libre. Sí porque es una persona que no entiende que si convivimos juntos que no tenga derecho a roce. A lo mejor los hombres tiene otras necesidades, pienso yo que él lo demandará más pero ahora es cuando yo lo decido. Estuvimos un año separados pero él me llamó llorando diciendo que me quería, que él tenía conciencia que no había tenido una infancia como la mía, que no había conocido a nadie como a mí, que le entendiese que él viene de padres maltratadores. Y al final, lo conocí con los 16 años, eso marca, es una vida. Es llevadero, la relación, puesto que yo estoy tan limitada, yo también necesito ayuda, no solo física, apoyo”.

En ocasiones definió su relación como tormentosa, ha sufrido infidelidades y muchos momentos muy malos pero después dijo:

“..Es el padre de mis hijos, es toda una vida juntos, me da pena. Parece que con el tiempo las personas se van calmando los genios. Es mejor que antes pero lo que está esta. Yo no sé si estarás de acuerdo conmigo con lo que se dice yo perdono y de verdad que perdono, pero olvidar, olvidar, a ver si tienes un lavado de cerebro, entonces, sí, yo perdono no te voy a echar en cara eso pero está ahí en el disco duro”.

Tuvo un embarazo no buscado a la edad muy temprana:

“A los 17 años me quedé embarazada y mis padres me casaron, al principio me pareció bien porque era una manera de hacerle mío, pero ahora cuando lo veo eso digo debería de ser pecado casarte a esa edad, mi padre tan religioso pues bueno había que honrase, me prepararon la boda en un mes, y yo lo viví bien porque era una forma de tenerlo seguro, como algo mío. Claro las pocas luces, hoy entiendo que hoy veo a una niña de 17 años y digo que pecado, si es que mis padres me tenían que haber prohibido eso, pero claro, tampoco los culpo era la época, la mentalidad y quizás ambos teníamos la culpa porque a mí me educaron con unos valores que era incoherente que yo pudiera hacer eso”.

“Los primeros año de matrimonio las viví muy mal porque me sentía muy atada, ya tenía responsabilidades, fui perdiendo mis amistades, al año y medio nos fuimos Priego de Córdoba, con un niño de 16 meses, vivía el embarazo muy sola, con gente que no conocía. La cuestión es que yo lo he dado todo, muchísimo, y él ha dado muy poco. A lo mejor para él era que no nos faltara nunca de nada, comida, comodidades y a día de hoy sigue pensando que ha hecho lo mejor pero para mí no, yo soy una persona totalmente diferente, soy más espiritual de adentro, me faltaba mucho cariño, comprensión, apoyo, estímulo”.

“Yo terminé los estudios cuando tenía 13 años, y luego terminé con tres niños, trabajando, me puse como finalidad que quería estudiar. Yo no hice nada, pero por formación profesional quise hacer enfermería, me quedé en el 2º año en enfermería. Pero bueno, ya con el embarazo, la época que te casaba, etc”.

Todas estas citas nos permitirían analizar en mayor medida, los niveles de dependencia que parece existir en la relación de pareja, en donde los motivos fundamentales para seguir dentro de la misma parece ser que era porque ella era querida y deseada por el otro, y ello, podría actuar como un organizador interno de prioridad a sus propios deseos y necesidades.

Benjamin (1996:14) planteaba la importancia del amor de los otros en la construcción de la propia identidad, la autora decía que se hace más complejo al plantear ésta *“la tensión que se da entre la necesidad de ser reconocida y el deseo de autoafirmación”*. A partir de la teoría intersubjetiva, nos enseña que la sumisión aparecería como el deseo de reconocimiento a través de un otro lo bastante poderoso como para otorgarlo. Ese deseo de reconocimiento pondría en peligro la propia subjetividad:

“El concepto de represión no puede captar el hecho de que el poder se sostiene no negando

nuestro deseo, sino dándole forma, convirtiéndolo en un servidor voluntario, en su siervo o representante” (Benjamin 1996:14).

Un deseo que nos llevaría a un tipo de relación fusional, donde el otro se convertiría en el regulador de la propia angustia y que llevaría emparejada la renuncia del desarrollo de una misma como sujeto, en donde la paciente pese a que tenía claro que no era feliz y que además tenía que pagar un precio por tener “relaciones sexuales”, la creencia de que un hombre pudiese cubrir su falta interna podría ser mayor que la posibilidad de poder pensar en elaborar su falta a través de un proceso de individualización.

Távora (2006:11-12) en su estudio con mujeres que sufren fibromialgia decía que la mayoría de ellas estaban casadas o tenían relaciones muy significativas con un hombre, pudiendo analizar que *la necesidad de ser querida en las mujeres, se convertiría en llave para otras necesidades: la del desarrollo personal, la de seguridad básica, y la de autonomía.* Las mujeres de ese estudio, al igual que la gran mayoría de estudios de casos, sentían que no habían sido suficientemente queridas porque sus padres habían estado ocupados con sus dificultades de relación. Távora (2006:11) decía que *“junto a las vivencias familiares, donde los hombres han tenido un lugar muy destacado la experiencia de no sentirse querida a la par que la observación de que no te dan lo que necesitan porque lo están poniendo en otra relación, concretamente en la relación con un hombre, ayuda a que estas mujeres hayan considerado el amor de pareja como algo central en sus vidas”.*

Ana en la entrevista individualizada contó a la arteterapeuta el secreto que no se atrevió a revelar en el grupo el día que pintó la imagen del pene tapada por un capullo de flor. Dijo que tuvo una relación en secreto con el mejor amigo de su marido durante dos años aproximadamente (cuando ella no estaba con su marido). La relación se acabó porque el hombre estaba casado y no dejaba a su mujer; y después, tuvo otra relación durante otros dos años aproximadamente por internet, al que solo vio una vez y tampoco derivó en la relación que ella esperaba. Dado que las dos relaciones fueron fallidas, finalmente, cuando su marido la volvió a llamar diciéndole que aún la quería, ella volvió con él diciendo: *“para cómo está el patio, mejor lo malo conocido que lo bueno por conocer...”.*

Ana fue buscando en una relación y después en otra, y aunque todas fueron fallidas, prefirió volver con su marido, quizás porque aunque repitiese el mismo lugar asignado o vivido en su familia de origen a nivel inconsciente, correspondería a un lugar y un lugar, aunque sea dañino, o malo, (como también podría ser la fibromialgia) podría ser mejor que conectar al hecho de no tener un lugar interno y al abismo de conectar con la no construcción y con la responsabilidad de tener que construirlo.

Se podría producir de esta forma en este caso, una conexión entre los valores sociales que potencian la hegemonía masculina y los valores que organizaron las relaciones en el grupo familiar, construyendo un malentendido básico de que es a través del amor de un hombre desde donde se puede salir de ese lugar de carencias (Távora, 2010). La necesidad de ser querida, la angustia de no serlo, la dificultad para elaborar las pérdidas, que ya encontrábamos en la fase depresiva, se pondría de manifiesto, en la relación de dependencia que parece darse como conflicto esencial en la paciente y que explicaría la situación de tensión y malestar constante que vivía en su cotidianeidad con su pareja.

Al igual que en otros casos, se pudo observar en el caso de Ana, una repetición de la selección de objeto de deseo (pareja) como reactualización de sus primeras relaciones vinculares. A través de las asociaciones que la paciente estableció entre las descripciones que a veces hacía de su marido, como una persona fría, que le faltaba el cariño, el afecto, que para él lo importante era que a ella no le faltase de nada, a nivel material, me permitió asociarlos con las descripciones que hizo de su madre y su percepción de como fue querida por la misma. Las descripciones recogidas en torno a su madre

son como una persona que no transmitía afecto, que no sintió el amor a nivel corporal, de cuerpo a cuerpo, pero que siempre sabía cual era la ropa que mejor le iba a ella, o que le compraba tantas cosas que ella se sentía especial frente a otros niños. En una de sus reflexiones dijo que a lo mejor era el modo que tenía su madre para suplir el no ser cariñosa. La queja que Ana expresaba de una falta de cariño se recoge de forma común tanto en su relación vincular con la madre y con su marido.

En talleres posteriores ella citó que en cierta manera estaba con él para tener una casa, comida, ropa, al tiempo que se quejaba que tampoco obtenía mucho. En el grupo lo vivieron como algo que ella se merecía tras haber estado toda la vida con él, criando a los hijos y ahora que ella estaba mala (aunque no le quisiera) tenía "derecho" de o era aceptable su manera de comportarse. El problema creo que no vendría tanto si se justifica su comportamiento que se podría relacionar como una prestación sexo/compañía por alojamiento, comida y ropa sino la agresión que a ella le produciría vivir con su marido, la diferencia entre ambos que le impediría desarrollar su construcción subjetiva y abrir la reflexión si los constantes ingresos a urgencias y respuestas de somatización sin causas orgánicas podrían tener relación a la realidad escindida que parecía vivir en esa convivencia con la pareja, donde ella desconecta, donde una parte de ella estaba en un lugar y otra parte de ella, en otro lugar, y preguntarnos si ella se permitiese una vida sin él, desde el agenciamiento de sí misma, si podría tener lugar una mejoría en la salud física, al mejorar la salud emocional, como resultado de un agenciamiento de sí misma desde la libertad y no desde la dependencia.

Otra paciente, Gerarda, compartió con el grupo sus sentimientos de malestar (ganas de morirse, baja autoestima, dolor, sufrimiento) por la relación tormentosa que vivía con su marido.

Ana fue una de las compañeras que más reaccionó ante los sentimientos de Gerarda dijo:

"Siento rabia por los "MOROS", machistas y prepotentes ¿quién les dio potestad para sentirse superiores y ejercer esa tiranía con las mujeres? Creo que odio a los hombres, bueno... odio no es una palabra que me guste usar, es muy fuerte! Pero rechazo".

Observamos que manifestó un rechazo absoluto, un malestar ante la narrativa de Gerarda, pero no era consciente de la identificación que existía entre la dependencia de Gerarda con su marido y su propia dependencia, entre la dificultad de Gerarda de dejar una relación que le ocasionase un sufrimiento interno con efectos corporales de salud y su dificultad para diferenciarse de su marido. Gerarda estaría actuando para Ana como un espejo donde se reflejaría el síntoma de ambas.

En la 3º entrevista después del taller 7 se abordó nuevamente el tema de su relación de pareja, devolviéndole la contradicción que se había hecho ya en varias ocasiones en los talleres sobre sus ambivalencias tanto emocionales como sexuales y Ana al escuchar la clarificación de su material, se puso a llorar, dijo en parte no podía afrontar el problema de volver a separarse. López, (2013) uno de los problemas que plantea sobre las mujeres desde las teorías feministas es la dificultad de poder pensar en la posibilidad de buscar una salida a través del proceso de la individualización, o sea, de ellas mismas.

Conforme avanzó la terapia otro hecho que a la arteterapeuta le llamó la atención, fue el lenguaje tan detallado y enriquecido que Ana tenía a la hora de hablar de su enfermedad, de sus síntomas, de la medicación y lo traigo a este texto en relación al peso que dijo ella que arrastraba por no haber finalizado sus estudios en el campo de la enfermería:

"...Tuvieron que ponerme un intravenoso para subirme, tenía un grado de astenia que apenas podía moverme, tenía que ir apoyada en otra personas y arrastrarme los pies, casi ni me tenía, eso junto a mi dolor de cabeza a lo bestia!!Decidieron abrirme una vía y ponerme un suero, cuando de repente me quedé con los ojos vueltos y sin conciencia durante unos segundos, cuando me di cuenta tenía un tubo metido en la boca porque se me había quedado encajada la mandíbula y tres o cuatro médicos alrededor, decidieron derivarme al hospital, donde fui trasladada en

ambulancia...Allí me vieron tres neurólogos y me hicieron bastantes pruebas, me pincharon con unas agujitas a ambos lados del cuerpo, me pusieron a caminar con los ojos cerrados, etc., lo que son las típicas pruebas neurológicas. Me hicieron TAC y electroencefalograma para determinar el diagnóstico, que en principio parecía epilepsia, pero definitivamente no fue así, el nombre que le dieron a lo que me ocurrió fue: síncope con actividad motora”.

Este fue solo un ejemplo de los muchos que hubo, ella constantemente describía sus síntomas desde un lenguaje técnico. Señalo el carácter de teorización, como una posible evidencia de otro mecanismo de defensa a través de la intelectualización, otro modo más de desconectar con el síntoma a los ya señalados. Ana se recreaba hablando de ello, de los efectos secundarios, de las propiedades, beneficios, contraindicaciones, etc., lo tenía perfectamente memorizado, y siempre este tipo de material fue asociado a sus deseos de haber querido estudiar enfermería y sus frustraciones de no haber podido terminarlo:

“Me siento frustrada por no haber podido realizar mi gran sueño: realizarme para el mundo hospitalario, ya que la medicina ha sido y será mi profesión frustrada, ese peso lo llevo a cuesta en mi vida”.

Sería interesante detenernos en los deseos que había en la paciente en torno a la autorealización como persona. Se ha encontrado como una característica común en la mayoría de los casos de esta investigación y encontrada también en la literatura (Martín, 2012), en donde las mujeres que sufren fibromialgia describieron una percepción de vacío interno crónico. En Ana se observó una prevalencia de su vida orientada al cuidado del marido, hijo, y del mantenimiento de la casa como condicionante que le había impedido realizar sus sueños. Podríamos preguntarnos en qué medida el hecho de no poder desarrollarse vocacionalmente y profesionalmente podría ser otro de los desencadenantes que podría haber influido a nivel de frustración interna y dado a que este tema ha aparecido a través de diferentes tipos de asociaciones relacionados a la fibromialgia, sería un aspecto que dejaríamos abierto a la reflexión. El bloqueo que presentaba para acceder al agenciamiento de sus emociones, a su subjetividad que ya veíamos marcada por la posición de fusión, podría actuar a modo de bloqueador para poder realizar cualquier actividad que le posibilitase constituirse desde sus deseos y necesidades, ya que previamente las mimas tenían que pasar por la mirada de un otro que la reconociese.

Lo que me parece llamativo a parte del lenguaje que usaba tan específico a nivel médico para describir sus procesos es que su dolor se movía por el cuerpo, era imprevisible y nada le hacía efecto, y la asociación que estableció del mismo con su vacío, y con un cuerpo que le doliese por el peso de ese vacío. Así iba definiendo una espiral entre demanda asistencial médica, respuesta del médico con el tratamiento y su cuerpo.

Freud (en Tizio 2005:2) en su estudio con mujeres, en donde desarrolló la teoría de la histeria, introdujo una novedad, *“...el ser hablante habla con el cuerpo y que “el dolor dice algo, revela a un cuerpo enfermo de la verdad”... , “...pero que hacía síntomas en relación al discurso médico y que se presentaba como un “cuerpo enfermo...”.*

En el caso de Elisabeth von R, Freud (1985 en Tizio 2005:1) decía: *“Poco a poco aprendí a utilizar como brújula ese dolor despertado; cuando ella enmudecía, pero todavía acusaba dolores, yo sabía que no lo había dicho todo y la instaba a continuar la confesión hasta que el dolor fuera removido por la palabra. Solo entonces le despertaba un nuevo recuerdo”.*

Tizio (2005:29) entendía el dolor como los acontecimientos de discurso que *dejan huellas en el cuerpo, no sólo cicatrices, no sólo posturas y máscaras, no sólo discursos reiterativos...* Sin embargo, el autor pensaba que sólo serían síntomas si el sujeto podía

leer esas huellas.

Las huellas que podríamos identificar en el caso de Ana, podría ser huellas que revelase el dolor como recordatorio de la existencia de la vida que no vivió, de la vida que vivió a través de la mirada de otros o de la vida que ha vivido a través de su falta interna. Y la hiperactividad, como rasgo característico en la ontología de la fibromialgia, podría ser el síntoma simbólico de ese dolor al igual, que el simbolismo que analizaba Freud en las mujeres que estudiaba con el material reprimido de las mismas. Aunque hay corrientes dentro del psicoanálisis (López, 2013) que entiende el síntoma en la fibromialgia como asimbólico, desde mi punto de vista, la hiperactividad, el cuerpo en un constante movimiento, podría ser representante de ese dolor que se mueve, cambia de investidura a través del cuerpo y que no encuentra dentro del mismo otros modos de elaboración más allá del conflicto dentro del mismo síntoma. Quizás ante la fijación del vacío interno sin construir, se podría entender el constante movimiento, la imposibilidad de parar, como “lo simbólico” del síntoma.

Así como, este vacío podría relacionarse con otra metáfora que señaló Ana, al referir a su malestar corporal, la metáfora de un “peso que no puede quitarme de encima”. El peso, ha sido una metáfora frecuentemente escuchada en muchos casos de mujeres para definir cómo viven la fibromialgia en relación a sus cuerpos. Cigarán (2004) lo comparó en su investigación con mujeres con fibromialgia, con el mito del Atlas, basándose en las percepciones que las mujeres tenían que cargar con las responsabilidades y la culpa de la humanidad. Por un lado, la culpa podría tener relación teniendo en cuenta la teoría objetal a la depresión, y a la responsabilidad del sujeto de hacerse cargo de su malestar. En el caso de Ana encontramos que parece que la culpa siempre procede de fuera (la casaron, los hijos, la sociedad, la enfermedad, etc.), y parece que no puede salirse de ese discurso donde el problema está en el afuera para poder sostener que la realidad es compleja, que tiene diferentes matices y que no depende todo de su omnipotencia, y de ahí también, la relación quizás con la dificultades de poder sostener la diferencia del otro, de una manera menos ambivalente como venimos señalando a lo largo del texto, donde aparece impregnado de posiciones contradictorias. Su culpa se entendería en ese poner en el afuera su sufrimiento psíquico, que la eximiría de tal modo, del hacerse cargo de ella misma y desde este punto podríamos preguntarnos si la fibromialgia estaría actuando con la misma función de inversión hacia el cuerpo.

Para terminar con esta primera fase, en el 6º taller, se trabajó con la propuesta de trabajar con los materiales dados: variados, lápices de colores, rotuladores, acrílicos, cartulinas, folios, pegamento, fiso. El proceso creativo fue particularmente significativo, se produjo una reacción negativa acompañado de un acto de destrucción de la obra, ante el comentario que Fernanda le hizo sobre su obra:

“...!Que obra tan alegre, deberás de estar feliz!”.

Y Ana dijo:

“Ohhhh que coraje!! Justo lo contrario a como me sentía, me dio como rabia, porque eso es lo que yo quería: sentir alegría, y positivismo, pero los días tan duros que había pasado, para nada tenían que ver con ese comentario. De pronto cogí papel y a golpes quise difuminar aquello, y al final la obra quedo hecha literalmente, un churro, fea de narices! La titulé “rabia”. Rabia porque cuando intentas recomponerte o tratas de hacer una vida normal cuando te sientes mejorcita, viene esta “señora llamada fibromialgia” y te hunde en el fango de nuevo”.



Imagen 63.

Obra título: "la máscara".

"Una intenta por todos los medios y en la medida que sea posible tratar de sonreír, de mostrarse afable, de aparentar felicidad, pero no es realmente cierto, lo que ocurre es que tratamos de no fastidiar a los demás con esto que llevamos a cuesta día y noche".

Este suceso dentro del espacio del taller se podría relacionar con sentimientos de hostilidad reprimidos, con sentimiento de rabia y la máscara podría ser una metáfora ilustrativa de su imagen interna, que representaría un rasgo que apareció desde el principio de la investigación, la dualidad y la contradicción. Podríamos entender el enfado como un inicio de conexión con su mundo emocional más allá de ese lado de cumplir el rol de mujer "ideal" que mostraba al grupo, que a su vez, la máscara, podría ser una metáfora concepto del Falso Self (Winnicott, 1979) en donde la paciente hasta ahora solo se había permitido mostrar una parte de sí misma más adaptada y parcial al grupo. Y a través de este taller ha podido conectar con sus emociones, más allá de la máscara. Y ahí fue cuando se emocionó, cuando se produjo un movimiento interno no derivado de la intelectualización o roles construido, y fue capaz de conectar con una emoción subyacente, con el malestar y con la culpa, o sea, con lo que había puesto en ella, con el lugar que ocupaba ella en su sufrimiento y en su vida, y el fin de la terapia se orientaría a que ella pudiese construir desde el mismo, salidas, que le posibilite procesos de integración psíquica.

En el diario artístico escribió:

"Tuve necesidad de demostrar que esa alegría no era verdadera, más bien una máscara. A salir del taller e ir para casa me decía una y otra vez "X te has lucido", pero bueno hice entender mi verdad al grupo".

FASE 2º: DEL 8º AL 13º: EQUILIBRIO Y LOCURA

En esta fase se denominó como una fase nueva porque la paciente empezó a mostrar diferentes partes de sí de una manera más armónica e integrada. Podría haber un inicio de un acercamiento entre las partes buenas y malas a través de las obras, ahora se representó en un mismo plano lo que antes solo representaba de manera fragmentada: la separación o la idealización o la agresión.

El taller 8 respondió a la propuesta de escoger una obra, destruirla y crear una nueva en función de lo roto. Ana dijo que encontró una oportunidad perfecta para romper la obra de la "máscara" donde se sintió muy irritada y la transformó en algo nuevo.

Ana denomina esta obra "*Dualidad: Equilibrio y Locura*".

Si observamos la obra podríamos ver que la estética era rígida, acartonada, la plastilina de los bordes parecía que contienen el interior y podríamos pensar que lo aprisiona. Ella destruyó la obra de la máscara, y la ha partido en dos lados, a un lado recogió una parte de la cara y al otro lado la otra, una cara dividida pero al mismo tiempo unida por un vínculo blanco que conectaba en un centro que se unía con otro vínculo azul. El lado azul era más pequeño que el blanco. Para ella el blanco significaba luz, lo espiritual y el azul representaba el dolor. Podemos observar que hay una apertura y permeabilidad, llama la atención que la parte blanca rompe esa rigidez en el lado izquierdo, así como, también son llamativos que hay partes que se están abriendo de la plastilina blanca, rompiendo en menor medida con la apariencia de rigidez de la obra.

Esta obra significaba para ella el yin y el yan, el día y la noche.



Imagen 64.

En cierta manera podríamos pensar que ahora ella podría ponerle palabra a la división que analizábamos antes entre: el ideal y el dolor. Dentro del ideal podríamos agrupar -el rol que se espera de ella, el ideal de feminidad, de persona, el relacionado con su educación religiosa, el ideal de vida que desea alcanzar, etc.- y dentro del dolor agruparíamos -la hostilidad, la represión, la rabia, la incomprensión, la enfermedad, lo que forma parte de ella fuera del rol asumido que no puede mostrar por miedo a no ser aceptada, etc.- con el cambio de poder sostenerlo en un mismo plano, y conectar con esa tensión sin destruirlo o dejarlo fragmentado mostrando solo uno de los dos lados y

excluyendo el otro. Se permitió conectar con esa parte de agresividad que negaba, y empezó a mostrarse de una manera más real a sí misma, imperfecta, vulnerable, y con necesidad de ser comprendida, creando asociaciones de emociones ligadas al dolor emocional con la fibromialgia y con flexibilización para sostener la tensión derivada de conectar con áreas dolorosas.

Otro cambio que se produjo tras mostrar sus dos lados, fueron las asociaciones que Ana estableció entre los procesos creativos y las obras con sus recuerdos de la infancia. En este taller se trabajó con la propuesta del material. A través del material dado tenían que crear una obra. El material se caracterizó por texturas como: arena, pigmentos, sal, harina, azúcar, agua, soporte. Ella representó un sol en medio de la composición, un círculo amarillo y rayos que salían de ese círculo, la imagen se caracterizó por colores vivos, sensuales e intensos.

Ana dijo:

“En cuanto al tema de la obra, fue grato y muy emotivo para mí, pude tener presente en todo momento a aquella niña que fui. Con todos los sentimientos buenos que se despertaron, es por ello que todas las sensaciones fueron gratas, tocar la suavidad de la harina, el algodón, los tintes...ummm, que sensibilidad y que gustoooo!. Todo vibraba al unísono, todos los sentidos, el resultado fue AMOR, corazones que justamente simbolizaban eso! Un sol cálido que da luz y resplandor a mi vida y toques de colores infantiles y alegres. Vi que bonito. Ternura y más ternura añadida. Una aportación más a la felicidad durante mi infancia.

Contactar con mi niña interior produjo en mí el milagro que demandaba mi espíritu. Ternura, amor, silencio, complicidad, entendimiento, recuerdos preciosos, unos ojitos compasivos y llenos de ternura me miraba, que hablaban, unos bracitos cortos me abrazaban con tanto, tanto, tanto amor, que brotaron lágrimas de felicidad de mis ojos.

En cuanto a la creatividad ha sido muy agradable porque ha sido como un juego y sacar fuera a la niña que se lleva dentro”.

La práctica del proceso creativo, ya sea desde la vinculación que se establezca entre paciente y obra; paciente y terapeuta o paciente, obra, terapeuta, posibilita que las personas que lo practican, experimente sensaciones terapéuticas, catárticas, con efectos sublimatorio y beneficiosos, formando parte de uno de los principios básicos del arteterapia. Ayuda a conectar con otras memorias inscritas en el cuerpo, alternativas a la memoria verbal, que tendría que ver más con el plano sensorial, emocional y con las partes sanas del psiquismo.

Ana en esta fase evolutiva del taller dijo en varias ocasiones que esta terapia le estaba siendo diferente a otras terapias grupales, las cuales, siempre había abandonado y que estaba experimentando un despertar de su creatividad.

Ella dijo:

“Algo se me ha activado, estaba adormecido y se ha activado”.

Empezó a interesarse por ciertos materiales y empezó a trabajar creativamente fuera del taller, haciendo jabones naturales, lámparas, cajas, re utilizaba materiales que se encontraba por la calle y los convertía en otros objetos. Por otro lado, ella se sintió especialmente bien porque se sentía muy querida y valorada por las otras pacientes. En la parte de crear dijo: *“ahora lo hago*

por mí misma, porque me gusta, porque me hace sentirme bien, valorada, reconocida y sin necesidad de ser reconocida por los demás, como por ejemplo por mi marido, ante lo hacía para que mi marido me reconociese, ahora lo hago por mí”.

Podría ser significativo que a través de la creatividad, la paciente ha podido encontrar una salida alternativa a la dependencia y a la fijación del reconocimiento de su marido, pudiendo darse un valor a ella misma. La obra como metáfora de la mirada propia, o metonimia, como lugar creado para poder ver los reflejos de sí misma. Como repercusiones positivas se encontró en esta fase una mejoría en la autoestima, en el reforzamiento del yo, en donde quizás a través de la creación ha podido encontrar una vía de construcción interna donde se transita desde el autoconocimiento y la autoexpresión, produciéndose inherentemente proceso de separación y diferenciación con el otro, tal y como podríamos analizar, de poder reconocerse a sí misma, sin que pase por la mirada de su marido.

Me llamó especialmente la atención, que se pudo conectar con una parte de ella sana, al menos, lo que describió de sus recuerdos, fue un periodo donde ella se sintió feliz. En relación al discurso construido hasta ahora donde la ambivalencia, la contradicción y el conflicto estaba muy marcado en esta fase el discurso se centró en uno solo, en la fortaleza, vitalidad, amor, dulzura, que ella vivió esos años de su infancia.

TERCERA FASE DEL 13 AL 21: CREAR DESDE MI DESEO

La tercera fase fue una fase donde ella ha podido llevar a cabo procesos de simbolización, y reelaboración de material inconsciente. Pudo trabajar su historia, aspectos autobiográficos y sostenerlo sin la destrucción del mismo. Una de las razones de identificar el taller 13 como punto de inflexión a la tercera etapa ha sido un dato determinante donde ella pudo trabajar con su historia con menos resistencias y conflicto interno y los efectos que se derivaron en un aumento de bienestar y alivio del dolor.

En el taller 13 y 14 se trabajó con la propuesta de la caja por dentro y por fuera. En esta propuesta tuvieron que traer una caja de sus casas, ella dijo:

“Salí del taller energética, feliz, ilusionada, pensando en cómo haría mi siguiente trabajo y de repente vi que me han puesto esto ahí, quién sea, yo no creo en las casualidades, me encontré esa cajita, era como si me llamase, en cuanto la vi supe que esa sería para mí, me la han puesto en la calle por algo”.

En el taller 13 empezó trabajando el interior de la caja. Inicialmente no había nada y lo ha construido con mucho detalle. Tenía una mesa, una lámpara, un sofá, sillas, tazas, es una casa en miniatura. Una estética perfecta, ordenada, acogedora, cuidado hasta el último detalle. Sobre todo me llamaba la atención la energía, dedicación, esfuerzo que ha dedicado en crear el interior de la casa que podría hacer pensar en el esfuerzo, tiempo, dedicación que ha invertido en construirse a ella misma interiormente despojándose de lo aprendido (del exterior). En el taller 14, dedicado a trabajar el exterior de la caja, se dedicó a despojar la decoración inicial que tenía la caja, estaba decorada con dibujos animados. La razón de seleccionar esta caja podría asociarse con las fantasías a las idealizaciones, al igual que encontramos en la cita que refiere a cómo encontró esa caja en la calle. Ana quitó la decoración de la caja que traía y la dejó en blanco.

Ana dijo:

“...Mucha ilusión, entusiasmo, ganas y satisfacción una vez hecho. Me sentí niña, recordando mi pasado, mi época de la niñez, recuerdos gratos iban y venían, estaba

francamente ilusionada esperando el resultado final que ciertamente fue bueno aunque con lo autoexigente que soy...podría haber quedado algo mejor, peor bueno...bien, bien. Lo titulé vida interior, obviamente por la razones que ya expliqué en la puesta en común”.

A través de los talleres de arteterapia, Ana podría haber conectado con la fijación del vacío interno y a través del recorrido de reconocerse a sí misma, movilizar ese vacío y llenarlo de identidad e investidura propia, tal y como podríamos asociar con el título que ella le dio a la casa “vida interior”.

El exterior representaba su proceso de reeducación interna que ella se ha hecho, reeducación de valores en todos los sentidos, especialmente en el amor. Ana dijo:

“...En la escuela no te enseña la vida real...Todas la mentiras que te vende de pequeña en torno al amor, a la historia de amor ideal, a la religión, al mundo donde estuve en un colegio de monjas que no te dejaban hacer nada y distorsionaban como es la vida en realidad. He construido esta casa desde mi deseo”.

Y se podría también pensar que ha creado esa casa tanto desde su deseo como desde la idealización de su mundo interior, en donde podría faltar principio de realidad, porque su mundo interior podría estar lleno de sufrimiento y de dolor, que es lo que podría estar transmitiendo durante todo el taller aunque en la primera fase se camuflase a través de la máscara.

La paciente expresó que ese proceso de reeducación que se ha visto obligada a hacer por salud mental, para no volverse loca, fue lo que le permitió reconstruirse a sí misma, creando un mundo interior muy rico y asoció ese proceso con el proceso de construcción interna de la caja. Ana dijo:

“...Lo he hecho todo con mis manos directamente como el proceso de esta casa”. (Refiriéndose a su obra).

El proceso creador podría ser una metáfora de su propio proceso interno, le ha costado sudores hacer la casa al igual que construir su mundo interior. Describió sus valores condicionados a la educación religiosa y a la disciplina tan fuerte que había recibido en su casa. Ella deseaba ser la mujer ideal, la esposa perfecta, tener la familia, lo describió como ideales de ensueño, y esos ideales le hicieron frustrarse porque la vida le vino de otra manera.

Autoras como González de Chávez, (2000); Sanz y Frías (2007), asociaron a las mujeres la culpa como el reflejo de los mitos femeninos clásicos, Eva, Pandora, etc. con las posibles dificultades o carencias, por no encarnar la Mujer-Madre Ideal y no ser capaz de satisfacer todas las demandas masculinas, que en la sociedad patriarcal le había adosado, señalando que posiblemente fuese el mecanismo más exitoso, en cuanto invisible, desvalorizador y paralizante.

Ana dijo:

“...Sigo estando mala pero el reconstruirme ha evitado que enferme más, no le deseo a nadie esta enfermedad pero a mí me ha ayudado a crecer como persona, a ser más profunda, a cambiar muchas ideas que tenía y a ser más feliz internamente. Para mí la casa me recuerda a mi infancia donde no existía la dualidad, la lucha, las dobleces, se era una”.

López (2015: 25) señalaba que hay “una recompensa poderosa que refuerza la salida creadora, instalándola como mecanismo prioritario en el psiquismo: un retorno a la omnipotencia del

yo ideal previo a lo traumático, un regreso a un territorio por fuera del temido principio de la realidad, siempre amenazante”.

En esta última fase del taller Ana podría haber conectado con las contradicciones, y ambivalencias que describíamos en la primera y segunda fase, pero ahora, con la diferencia de haber creado a través de sus áreas sanas, fortalezas, abriéndose nuevos lugares desde donde abordar el dolor, alternativos a la somatización, y posibilitándole procesos de reelaborándolo del material reprimido.

El arteterapia se diferencia de la terapia ocupacional o cualquier otra actividad artística de que trabaja desde la salud, y no desde la patología, y ello favorece a que las participantes puedan vivirse desde otros espacios a los que no están acostumbrados/as, conectarse desde otros lugares psíquicos más allá de lo asignado por el diagnóstico.

A través de este taller y de lo que expresó Ana al grupo, se abrió una reflexión sobre las posibilidades del arteterapia. Ana dijo:

“Aquí venimos a transformarnos, de eso se trata ¿no?”

“Me he sentido muy bien trabajando la caja, liberada, la he despojado por fuera y por dentro, representa mi proceso de todos estos años, mi fuerza, mi superación, todo el trabajo y energía que he invertido para cambiar yo, para reeducarme. A veces me frustraba porque no podía poner las cosas como quería dentro de ella y estaba limitada por el espacio y por los materiales pero ha sido como algo mágico desde que la encontré en la calle y supe que esa sería el cartón para trabajar en el taller hasta la transformación que le he hecho. Por eso yo les digo a mis compañeras, a Jerarda cuando habla de sentirse tan hundida, yo les digo que se puede, si se quiere se puede salir del hoyo.”

Encuentro en estas narrativas muy ilustrativa a modo de asociaciones directas que estableció Ana, entre la percepción de la fibromialgia con la alteración emocional, ligado a la construcción social de la identidad femenina (remitiéndome a la citas que la paciente construyó en torno a la educación en torno al amor). Tal y como citó la paciente, al comparar la construcción de su casa con su proceso vital, en donde ella sintió que tuvo que despojarse de procesos de aprendizaje sociales, para poder identificar su propio deseo, su lugar y su sentido de vida.

Bouviour (1949) decía, que no se nace mujer llega uno a serlo. Jellinek en Corral, (2007: 121) señalaba que *“es fundamental para alcanzar el proceso de sanación que una mujer pueda, a través de su palabra y su saber singular e histórico, distinguir el trato corporal que recibe del trato que desea recibir; que alcance realmente discriminar quién es ella respecto a cómo es tratada o lo ha sido. Que logre verse a sí misma, incluso cuando no la ven en absoluto...”*

“...Esa satisfacción patriarcal encarnada en el cuerpo de las mujeres es lo que podríamos llamar masoquismo: libidinizar el dolor, lo inhospitalario del otro sexo, la falta de algo mejor...”

Uno de los beneficios principales del espacio del arteterapia para Ana, podría tener relación a que ella aprendió el valor de sí misma a través de darle un valor a sus creaciones, y realizar actividades importantes para ella, independientemente de que otras personas, especialmente su marido, lo pudiese apreciar. Reforzar su sentimiento de valía a través de la autodeterminación propia del reconocimiento de sus deseos y necesidades.

En el último taller se trabajó con la propuesta la lana de la vida. Tenían que coger la lana y trazar un camino y en el camino ir enganchándole materiales (botones, dedales, hilos, etc) que representase momentos importantes de su vida y después unirlos con las lanas de las compañeras y crear una obra conjunta. En el turno de palabra ella hizo una revisión

retrospectiva de su proceso evolutivo de los talleres y dijo:

"...Mi hija me ha dicho que te de las gracias en su nombre por lo cambiada que me ve. Estoy como una moto de creativa, no paro de crear. Todas las semanas le envío fotos de lo nuevo que he hecho. Me lo ha dicho muchas veces que te lo diga. A mí siempre me ha gustado hacer cosas pero en parte lo hacía para que mi marido las valorase, o me valorase, pero a él le daba igual, nunca me ha mirado y me sentía muy mal, como que no era reconocida. Pero ahora lo hago por mí, porque a mí me gusta y me siento muy bien. Es que no paro, tengo tantas ideas, y estoy haciendo tantas cosas". (Enseña fotos de lámparas que han reciclado, jabones, mesas, etc). "Veo un objeto y lo reutilizo".

Considero que el trabajo interno que ha podido desarrollar la paciente, podría tener relación a lo que López (2015: 26-27) decía en relación a la función autor en la creación: *"la omnipotencia de la fantasía trabaja en el creador a favor de la invención de una realidad alternativa que le aportará tres elementos reparadores: la elaboración de un sentido con el que poder elaborar y representar el trauma, el socorro del indispensable reconocimiento de los otros (que intentará que supla el reconocimiento perdido, cuyo déficit aparece en el origen de aquella fractura biográfica temprana), y una filiación nueva". "...El ser humano es un buscador de sentido, nuestro cerebro prefiere el sentido a la verdad..."* Y parafraseado a Linden (2006: 239) *"el niño que se interroga sobre esa desinversión de la figura fundamental de apego inventará respuestas para calmar la angustia de la incertidumbre"*. Estas respuestas serían para Lola López Mondéjar las obras. La autora dice: *"la producción artística ofrecerá al autor una suerte de reconocimiento público que sustituye la retirada pretérita de reconocimiento materno; y a su vez, este reconocimiento entre sus semejantes lo inscribirá en una filiación nueva: la del arte que practica, adjudicándole predecesores y sucesores, como si se tratara de una nueva familia simbólica"*. La producción creativa se convertiría del tal modo en una auténtica restitución subjetiva.

Cuando Ana habló de su proceso, se centró principalmente en el valor terapéutico de sus obras

"...Yo principalmente me llevo una eclosión de creatividad, algo se me ha despertado que estaba dormido. Me he activado y no paro de crear, todos los días hago algo y me hace sentir bien porque lo hago por mí misma. Me he unido a la obra de María porque me gusta sus colores y compartir con ella y también me he unido a la obra de Fernanda por su fortaleza, su creatividad con el trabajo que ha hecho en torno a su abuelo. Al principio no me estaba aportando mucho los talleres pero no faltaba nunca, y eso me hizo pensar, darme cuenta que nunca faltaba (y en otros grupos he faltado) y venir pese al dolor, el cansancio porque sentía que me llevaba algo de aquí y poco a poco, fui encontrando algo de sentido a mis obras y a darme cuenta que necesitaba al grupo. Me he sentido muy querida, valorada, la gente me dice lo mucho que le apporto y eso me hace sentir bien. La obra que más me llenó fue la casa, fue como un reflejo de mi misma ahora, todo el trabajo y la lucha que hecho por mí y lo he hecho sola. Y hubo un momento en que de repente algo que tenía dormido se despertó, mis sentidos del olor, del tacto, del sabor...Empecé a buscar materias para hacer cosas...creo cosas nuevas con ellos y eso me da fuerza, fortaleza interior, como que soy más yo. No me estaba dando cuenta hasta que mi hija me lo dijo... Me ha hecho pensar que yo sola puedo estar bien, el problema es cuando llego a casa y estoy con mi marido, se rompe mi equilibrio interior, la calma, y es agotador porque trabajas para equilibrarte y constantemente se rompe al estar con él. Yo sola estaría mejor porque no me aporta realmente nada".

Podría llamar la atención el lugar que ocupaba el marido en relación a su frustración, donde ella le colocaba en el lugar del culpable, en el cual, se podría pensar que era una excusa para no enfrentarse a que quiero hacer yo con mi vida. Y a través de los talleres, del desarrollo de la capacidad de la creatividad con los beneficios resultantes en torno a

la toma de decisiones, aumento de autoestima, reconocimiento de deseos propios, entre otros, le permitió un espacio donde ella pudo empezar a pensar nuevas vías subjetivas desde donde poder agenciarse de su propia vida.

En septiembre, se realizó un encuentro para hacer una entrevista y pasar una segunda batería de cuestionarios. Ana le planteó a la arteterapeuta sus intenciones de alquilar un inmueble que tenía para así conseguir independencia económica e irse a vivir sola, ya que se había dado cuenta, que todo el trabajo personal y creativo que invertía para estar bien, se venía abajo cuando estaba con su marido.

Un dato importante a mencionar fue que en la batería de cuestionarios, ella dijo que venía mal por una pelea reciente con su hija, avisando que posiblemente en esa batería se reflejase resultados negativos fruto a ese incidente reciente.

Siete meses después la arteterapeuta le llamó por teléfono para observar si los posibles cambios que había recogido se mantenían con el paso del tiempo o se desvanecieron conforme el taller salió de su vida. Ana informó que finalmente se la había agenciado para ser independiente económicamente, y que desde que vivía sola su vida había cambiado muchísimo a mejor: había perdido peso, disminuido los constantes ingresos de urgencia y trastornos conversivos (aunque el dolor de la enfermedad seguía), se sentía con ganas de vivir, su relaciones sociales y con ella misma había mejorado, mantenía la actividad creativa, y se sentía más feliz. Ella dijo: *soy otra persona ahora, no hay color...sigo teniendo fibromialgia pero nada que ver a como estaba, si lo hubiese sabido antes...*

La causa no era el marido sino ella que estaba pasiva ante esa situación y el hecho de haber hecho un camino hacia adentro y conectar con sus áreas sanas, fuertes, le permitió poder organizar aspectos de su subjetividad nucleares de manera integrada, quitar la máscara e identificar su lugar, generando de tal modo, procesos de cambio y acción interna.

Esta narrativa podría dar respuesta a una de las hipótesis abiertas anteriormente en el texto donde se reflexionaba, si la relación de pareja podría estar actuando como factor dañino hacia la salud, y que ahora, podríamos responder, que efectivamente si actuaba de manera perjudicial. A través de sus narrativas se podría también hacer la asociación entre el dolor de la fibromialgia como representante del dolor emocional. Tal y como dijo Benjamín (2014) la salud mejora en la medida que sientes que puedes gestionar tu propia vida. Ana, parece que pudo encontrar la manera de poder agenciarse a sí misma de manera separada a su marido, y su cuerpo hablaría de ello, que se podría traducir a mayor toma de conciencia y conexión con el mundo emocional, con la construcción de la subjetividad, menor dolor, menor fibromialgia y menor separación entre el cuerpo y la mente.

Podríamos pensar que conectar con el dolor, habitar tu propio cuerpo, por muy doloroso que sea, nos enseñaría que siempre será menos doloroso que la fijación o la inmovilización de ser a través de otro o del no ver. La diferenciación con el Otro pasaría, cuando uno puede ser capaz de sostener su parte intransferible, su sombra y en ese atravesarse a uno/a mismo/a, la misma separación que se presentaba traumática, de repente, abre multitud de veredas desde donde poder sentirse, vincularse con uno/a mismo/a y con los demás, desde el respeto y la libertad.

Arteterapia nos enseña que es una herramienta para la libertad, se ofrece como un campo para construir un lugar allá donde el Otro no lo ha facilitado, la posibilidad de poder ser más allá del no ser, para poder venir al encuentro de uno/a mismo/a.

Tabla de las palabras claves analizadas con el software NVivo 10:

Compromiso, perfeccionismo, sensibilidad, auto exigencia, frustración, ser la mejor amiga, ser un 10 en todo, trauma, violencia de género, sufrimiento, malestar, hipersensibilidad, dolor, identidad, apego ambivalente, idealización, hiperactividad, conflicto con el superyó, dependencia, necesidades de apego, angustia, evitación, posición de subordinación de objeto, síntoma, defensa, identidad en conflicto, tensión, ambigüedad, auto destrucción, la mirada, tribu, la falta interna, la falta de reconocimiento, rigidez, hostilidad reprimida, la pérdida, inversión del síntoma hacia el cuerpo, psicósomátismo, veneno en mi cuerpo, castigo, miedo, inmovilización, estatismo, fijación, vergüenza, no deseo sexual , conflicto, vacío interno crónico, pasar factura, dolor se mueve por el cuerpo, cuerpo enfermo de la verdad, el peso, el mito del Atlas, la privación, negación, soledad, máscara, dualidad, enfado, rabia, no separación, apertura, recuerdos, infancia, amor, niña interior, abandono, activación de la creatividad, vitalidad, dulzura, fortaleza, autoconocimiento, auto expresión, diferenciación del otro, simbolización, re elaboración, bienestar, alivio del dolor, vida interior, re educación, loca, represión, área sana,, fortaleza, construcción interna, valoración propia, libertad, independencia económica.

Tabla que relaciona las palabras claves extraídas del NVivo 10 con las categorías que se han analizado oportunidad:

Categorías	Palabras clave
Construcción del apego	Trauma, apego ambivalente, idealización, conflicto con el superyó, dependencia, necesidades de apego, angustia, posición de subordinación de objeto, síntoma, la mirada (la falta interna, la falta de reconocimiento), hostilidad reprimida, la pérdida, vacío interno crónico, la privación.
Mecanismo de defensa	Idealización, negación, represión, evitación.
Somatización	Angustia, identidad en conflicto, tensión, inversión del síntoma hacia el cuerpo, psicossomátismo, veneno en mi cuerpo, castigo, pasar factura, dolor se mueve por el cuerpo, cuerpo enfermo de la verdad, el peso, angustia, miedo.
Construcción de la identidad	Compromiso, perfeccionismo, sensibilidad, auto exigencia, frustración, ser la mejor amiga, ser un 10 en todo, la mirada, rigidez, miedo, vergüenza, no deseo sexual, conflicto, soledad, loca, auto destrucción.
Sesgo de género	Trauma, violencia de género, sufrimiento, malestar, hipersensibilidad, dolor, identidad, hiperactividad.
Resistencia	Quitar.
Simbolización plástica del conflicto	Trauma, tribu (metáfora de la SFM), la falta interna, la falta de reconocimiento, rigidez, inmovilización, estatismo, fijación, el peso, el mito del Atlas, máscara, dualidad, enfado, rabia, no separación, apertura, recuerdos, infancia, amor, niña interior, abandono, activación de la creatividad, vitalidad, dulzura, fortaleza, autoconocimiento, auto expresión, diferenciación del otro, simbolización, re elaboración, bienestar, alivio del dolor, vida interior, re educación, , área sana, fortaleza, construcción interna, valoración propia, libertad, independencia económica.

7.7.4.6 Conclusiones del análisis del caso A (Ana):

Objetivos específicos de la 4º fase de intervención	Conclusiones específicas de la 4º fase de intervención
Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.	Ha podido a través de los talleres armonizar las partes malas con las partes buenas, disminuir las resistencias para identificar material inconsciente en relación a aspectos autobiográficos e identitarios y llevar a cabo procesos de elaboración y transformación, con las consecuentes beneficios en la mejoría de rehabilitación al sentir un alivio del dolor, mayor bienestar, disminución de los constantes ingresos a urgencias por trastornos conversivos. Valoración: 4
Posibilitar la reestructuración internalizada de la imagen corporal dolorida.	A lo largo de los talleres ha ido cambiando las imágenes (como metáfora de la imagen interna) que representaba la repetición sintomática a otras, creadas desde su deseo (obra 13 y 14) fuera de la repetición, llevando a cabo un proceso de reestructuración de la imagen corporal dolorida en otra más saludable, como alternativa sublimatoria a la somatización. Ha podido conectar con la inmovilización del vacío interno, tras el atravesamiento de la ambigüedad y dualidad interna, hasta la reconstrucción del mismo a través de su propio reconocimiento y mirada de sí misma. Valoración: 4
Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.	El espacio de los talleres le ha permitido incorporar la creatividad como herramienta óptima en su vida para gestionar el dolor, mediante un reforzamiento del Yo, de la autoestima, y la construcción de un espacio propio de seguridad independiente a la respuesta del Otro. Valoración: 4
Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.	En la evolución de los talleres ha podido construir narrativas de un discurso marcado por un "todo es perfecto", a otro más elaborado y con mayor toma de conciencia de sus dificultades, resistencias y problemáticas operantes, que le ha posibilitado iniciar procesos para la resolución de conflictos psíquicos. Valoración: 4

<p>Apoyo y acompañamiento en las dificultades emocionales que surgen de la dificultad de aceptar el brote de la enfermedad en sus vidas.</p>	<p>A través de las imágenes creadas ha podido relacionar y reconstruir narrativas en torno a algunas de las dificultades presentes en la ontología de la fibromialgia, como rasgos de personalidad perfeccionista y analizar la como opera negativamente en la cristalización del síndrome y en la tarea de trabajo de los talleres.</p> <p>La paciente desde el inicio de los talleres ha abierto la reflexión de las posibles ventajas y beneficios de padecer la fibromialgia como una posible resistencia a elaborar material inconsciente. Se ha hecho un acompañamiento y sostén en la identificación, toma de conciencia y elaboración de ciertos conflictos psíquicos relacionados al síndrome y con las repercusiones corporales.</p> <p>Valoración: 3</p>
<p>Reducir los efectos de la enfermedad, fomentar la comunicación y la interacción con otros pacientes.</p>	<p>A través del grupo se ha sentido valorada, importante, útil. Se ha podido comunicar con las otras pacientes, sentir que recogían lo que ella quería aportarles y viceversa y ello ha tenido como beneficio una mejora en la autoestima y en la percepción de sí misma.</p> <p>Valoración: 3.</p>
<p>Fomentar espacio de empatía e identificación para compartir y narrar experiencias autobiográficas.</p>	<p>La paciente ha sentido que se llevaba algo del espacio grupal de arteterapia y ello ha sido decisivo para que cumpliera el encuadre y asistiese a los talleres de manera continuada y este hecho supone una diferencia a otras terapias de grupo que ha participado, en las cuales, siempre abandonó antes de terminarlas.</p> <p>Valoración: 4</p>

<p>Mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>	<p>La paciente ha hecho un recorrido desde una etapa inicial en la cual negaba o rechaza elementos inconscientes que interactuaba en conflicto en relación a aspectos autobiográficos, identitarios y la influencia en la sintomatología corporal, a otra etapa donde pudo reconstruir narrativas, sostener las partes buenas y malas, disminuir las resistencias y llevar a cabo proceso de simbolización de material inconsciente a otra etapa final, donde ha permitido la clarificación y confrontación del material inconsciente, ha iniciado procesos de elaboración del mismo y ha llevado procesos de re creación, sublimación y transformación de conflictos psíquicos a través del arteterapia, posibilitándose de tal modo, una mejoría en la calidad de vida, una disminución de los trastornos conversivos y las respuestas de somatización, un reforzamiento del Yo, de la auto estima, reconocimiento y la confianza en la toma de decisiones y en sí misma.</p> <p>La paciente ha experimentado un despertar un área psíquica que lo definió como adormecida, a través de un proceso de eclosión de creatividad, ligado a una parte sana y a sus fortalezas.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Proporcionar un foro de diálogo para compartir los problemas existenciales.</p>	<p>A través del grupo ha podido expresar sus percepciones en torno a los posibles roles, funciones y desencadenantes de la fibromialgia.</p> <p>Se ha podido recoger el particular modo de impacto de la fibromialgia en su novela familiar, desplegándose un discurso existencial donde se conectó la falta interna con la fibromialgia.</p> <p>Valoración: 3</p>

<p>Pensar al sujeto desde un enfoque integral y conocer a la persona que sufre el síndrome.</p>	<p>Se ha podido identificar a lo largo de la sesiones una serie de contradicciones entre las imágenes creadas y el discurso verbal; en relación a las narrativas que construye sobre sus recuerdos de la infancia (negación de conflictos psíquicos) y a través del proceso de los talleres de arteterapia, ha podido reconstruir nuevas narrativa, sostener las partes buenas y malas de sí mismas con mayor tolerancia y menos resistencias, que le ha posibilitado un mayor autoconocimiento de sí misma.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Contribuir, mediante el análisis e interpretación de los resultados de los estudios de casos, a una mayor comprensión de las personas que sufren el síndrome, explorando las diferentes complejidades que influyen en el constructo subjetivo.</p>	<p>A través del espacio de arteterapia se ha podido establecer una introyección de los rasgos de su personalidad (auto-exigencia, perfeccionismo, imperativo superyoico) por parte del vínculo fundamente (la madre), a través de un aprendizaje y la madre como modelo o ideal de mujer; se puede reflexionar sobre la influencia de los mismos en la vida adulta de la paciente y en una de las dos percepciones que ha expresado en torno al posible origen de la FSM.</p> <p>Se ha podido observar una relación entre rasgos de la personalidad de la paciente aprendido por su madre, que operan en la base de la construcción del superyó femenino a través de los mandatos de género y la posible relación en la configuración de su enfermedad dentro de la clínica diferencia de la mujer.</p> <p>Se ha podido analizar de manera ilustrativa a través de las imágenes creadas (con una función de espejo de las imágenes internas de la paciente), el deseo inconsciente de Ana de querer buscar la felicidad, una mejoría a través de la fibromialgia (imagen del collage y la representación de la tribu), a través de una vía patológica, con la consecuente repetición del síntoma.</p> <p>A través de la obra, ha proyectado la angustia y el miedo en relación con su novela familiar.</p> <p>Valoración: 4</p>

7.7.4.7 ANÁLISIS DEL CASO M (MARÍA): EL CUERPO FEMENINO COMO CHIVO EXPIATORIO

1. Tabla temas principales:

<p>41 años, casada, vive con su marido e hijo de 24 años.</p> <p>Educación primaria.</p> <p>Diagnóstico de la FSM desde 2006. Irrupción lenta.</p> <p>Asocia el síndrome a la muerte del padre (infarto al corazón) cuando tenía 10 años.</p> <p>Depresión, trastorno conversivo, ansiedad de somatización, parálisis de la cara sin causa orgánica; en el año 2000 fue intervenida quirúrgica para tratar obesidad mórbida, (gastroplastia vertical anillada) y re intervenida en 2005 con IMC actual. Trastorno alimenticio. Tendinitis de Guerrain bilaterla. Tendinitis flexor radial. Megapofsis transversal C7 y Discreta osteopitosis cervical. Listesis LS-51 Grado II. Anomalía transición lumbosacra. Hipoglucema en estudio. Anemia. Alergia (lactosa, elotrin). Estrés. Polipo. Mioma endometrical. Recientemente ha sido operada en el 2012. Infecciones. Dolores vagina. Ostoporosis. Colesterol alto.</p> <p>Relación traumática con la madre.</p> <p>Post Test:</p> <p>Ha variado la situación con respecto a los últimos meses en el trabajo, se siente menos irritada. Ha variado el tratamiento farmacológico, ha disminuido el tranquilizante, ha bajado de 3 dosis a ½.</p> <p>Post Test I:</p> <p>Ha variado la situación con respecto a los últimos meses en el trabajo, siente que puede realizar su trabajo con mejor estado de salud y humor (está más tranquila, menos irritada y menos cansada). El cambio del tratamiento farmacológico que se produjo en la entrevista anterior se mantiene igual en esta entrevista.</p> <p>Entrevista siete meses después de la finalización de los talleres: informó encontrarse mejor a nivel emocional y físico que en la última entrevista. Señaló que los cambios que había indicado se habían consolidado y que sus relaciones familiares había mejorado.</p>

Descripción de los atributos sociodemográficos:

María es una mujer de 41 años. Casada, vive con su marido y con un hijo de 24 años, aunque tiene otro de 15 años, pero está en un internado. Tiene estudios de educación primaria. Trabaja como autónoma en un comercio propio, en una tienda. Ha tenido 5 bajas laborales, dos bajas por maternidad, otra por accidente laboral, otra baja fue por un problema con la mano y la última baja ha sido por la fibromialgia y otras enfermedades.

Descripción de los atributos clínicos:

Tiene problemas de salud desde hace más de 13 años. Le diagnosticaron la fibromialgia hace más de 6 años. Cuando tenía 30 años le diagnosticaron depresión, pero ella dice que era ya la fibromialgia, solo que como no existía en la época y por eso no se lo diagnosticaron. Desde los primeros síntomas hasta que le diagnosticaron la fibromialgia pasaron más de 15 años. El proceso de impacto de la fibromialgia ha sido lento. Los primeros síntomas fueron dolores en la cabeza, en la parte inferior del cuerpo, en la parte superior del cuerpo, cansancio o fatiga, dolor en las manos, articulaciones, caderas, rodillas, pecho, espalda. Asocia el origen de la fibromialgia a la muerte del padre cuando tenía 10 años.. El padre trabajaba en el campo y le dio un infarto. A un trauma psicológico y emocional que tiene con su madre por la mala relación con la misma desde pequeña, al hecho de haberse tenido que hacer responsable de su casa y hermanos con trece años y una sensación de no haber sido querida por su madre. Confirma que desde que fue intervenida para reducir peso, aparecieron los síntomas de la fibromialgia y se le acentuaron otras dolencias que ya tenía.

Tiene tratamiento farmacológico desde hace unos 10 años aproximadamente y anterior a eso, tenía tratamiento para la depresión.

Antecedentes clínicos:

Antecedentes de salud: sufre depresión, trastorno conversivo, ansiedad de somatización, parálisis de la cara sin causa orgánica; en el año 2000 fue intervenida quirúrgica para tratar obesidad mórbida, (gastroplastia vertical anillada) y re intervenida en 2005 con IMC actual. Desde la muerte de su padre ha sufrido trastornos alimenticios. Cuando fue intervenida pesaba 115 kilos y se quedó en 60 kilos, actualmente tiene anemia, recogiendo en la entrevista cualitativa que sigue teniendo problemas y alteraciones en la alimentación. Tendinitis de Guerrain bilateral. Tendinitis flexor radial. Megapofisis transversal C7 y Discreta osteopitosis cervical. Listesis LS-51 Grado II. Anomalía transición lumbosacra. Hipoglucemia en estudio. Anemia. Alergia (lactosa, elotrin). Estrés. Polipo. Mioma endometrial. Recientemente ha sido operada en el 2012. Infecciones. Dolores vagina. Ostoperia. Parálisis de la cara sin causa orgánica. Colesterol alto.

Ha ingresado a uno de sus hijos, el menor en un internado para que no la vea tan enferma.

En el 2005 fue intervenida para tratar una gastropatía vertical. También fue intervenida por un mioma endocrino, en el 2012 fue intervenida de nuevo por infecciones y dolores en la vagina. Sufre el síndrome de la fibromialgia desde hace 20 años y fatiga desde que tenía los 16 años.

Infancia, adolescencia y relaciones sociales:

Es la mediana de tres hermanos. Tiene un hermano mayor de 44 años y una hermana menor de 39 años. A la edad de 10 años perdió a su padre, quien murió de un infarto mientras trabajaba en el campo. Se sentía muy unida a él, a quién veía solo tres meses al año debido a que trabajaba en Francia y estaba siempre viajando. Desde la muerte de su padre califica su vida como un infierno. Dice haber recibido maltrato físico y psicológico por parte de la madre. Cuando se le pregunta en la entrevista cómo definiría a su madre dice acongojada: *"fría, muy fría"; "yo no fui querida, yo no fui buscada..."*. Para ella su madre ha sido una persona que no transmitía afecto y por quien ella ha sentido una falta de cariño a lo largo de su vida. Desde pequeña ha vivido bajo la percepción de que al ser la mayor de las niñas tenía que hacerse responsable de sus hermanos, la casa, etc... También dice con pesar que nunca perdonará a su madre por haberla sacado de la escuela y privarle de la oportunidad de tener unos estudios y que nunca entenderá porque todos los palos iban a ella y a sus hermanos no.

A la edad de 16 años decide dejar el hogar materno porque no puede soportar más la convivencia con la madre, y su marido, entonces su novio, le ofrece irse a vivir con él y su familia. Un año después deciden casarse y años posteriores tuvieron dos hijos varones, actualmente de edades

de 24 y 15 años respectivamente. Ha tenido dos intentos de suicidio, el 1º al poco tiempo de ser diagnosticada por el síndrome de la fibromialgia y el 2º en el 2011.

Análisis del estudio de caso de María:

2. Tabla: temas principales

Dolor.
Metáfora de la espiral como símbolo de la transformación de las emociones.
Construcción identitaria carencial de los vínculos fundantes.
Apego desorganizado.
Maltrato físico y psicológico.
Modelo internalizado de los objetos internos marcado por múltiples abandonos.
Complejo de Edipo sin elaborar.
Duelo patológico hacia la muerte del padre.
Relación traumática con el vínculo materno.
Relación de sentimientos agresivos que son autocensurados, con sentimientos omnipotentes de culpabilidad.
Relación entre malestar psíquico-trauma en la infancia con los mandatos de género-conversión en el cuerpo; hostilidad reprimida-autoagresión-somatización.
Cuarta transferencia (chivo expiatorio).
La falta.
Reactualización del modelo internalizado de los objetivo internos desde una posición de dependencia a otra más separada.
Modelo de feminidad vigente.
Modelo de las figuras de los vínculos fundantes segados por la heteroasignación patriarcal.

FASE 1ª: DOLOR.

Antes de empezar a analizar el caso me gustaría señalar que los nombres y la división del material en cuatro etapas, sigue de manera literal, la catalogación que María hizo de su proceso creativo según fue experimentado cambios a lo largo del proceso creativo.

En la primera etapa la participante mediante colores, formas y dibujos, ha ido desplegando y relacionado partes de las obras creadas con emociones como la angustia y la ansiedad, toda una serie de estados de malestar cuya causa desconocía. Estados de enfermedad no solo referida a la fibromialgia, si no trastorno conversivos, ingresos en urgencias por somatizaciones...En esta fase, la participante se ha servido del proceso creativo y de los materiales para poder ir sacando

la agresividad, rabia, impotencia y odio acumulado entre otras emociones. El hecho de transferir emociones a un objeto creado, le ha posibilitado poder sacar de adentro hacia afuera y trabajar dichas emociones desde el afuera. El poder ver esas emociones mediante una obra concreta, definida, le ha permitido poder empezar a hablar de esas emociones que no podía ponerle nombre y poder empezar a identificar parte de su problemática. En la evaluación que ella hizo de su trabajo en esta primera etapa citó:

“En las primeras obras eran todas muy sombrías, con poca alma, ni alegría, lo cual me ha hecho cambiar en muchos aspectos físicos y emocionales”.

En los primeros talleres María tendía a trabajar de manera muy rápida, de pie, hablando constantemente con las compañeras. Miraba el trabajo de las compañeras, se metía con la manera de trabajar de ellas, hacía mucho ruido, llamaba la atención, estaba muy tensa, dificultaba el acceso a un proceso creativo óptimo para la concentración.

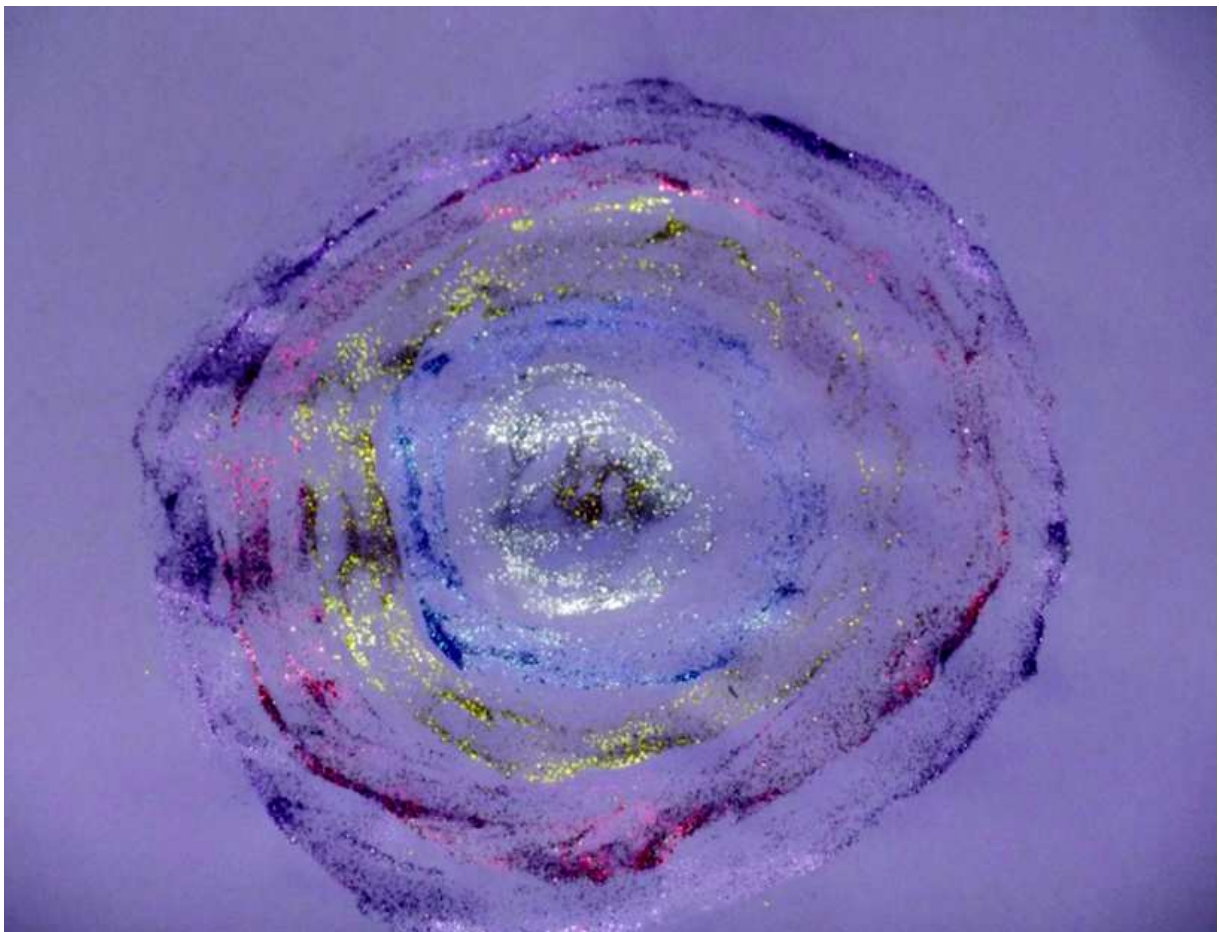


Imagen 65. Espiral.

Materiales diversos: lápices, ceras, rotuladores, cartulinas, folios, sacapuntas, bolígrafo, algodones, purpurina, cartulinas, telas, agujas, lanas, papel higiénico. Propuesta: “hacer una presentación”.

María dijo:

“Es una espiral cerrada, en el centro está lo más importante para mí, mi marido y mis hijos. Color plata, después viene el color azul, que representa “llega el día”, afrontar el día. Los colores y capas posteriores viene a ser las dificultades, hasta que la última capa, la cual es la que no soporto y la que

me quiero quitar de en medio". Título: "Ser feliz".

Llama especialmente la atención el material seleccionado. Por un lado, la purpurina le permite crear la obra desde un contacto directo con sus propias manos, y por otro, los límites de los diferentes círculos son como evanescentes, diluidos. No hay una correspondencia entre la palabra y la imagen. Otro aspecto significativo la relación de su identidad ligada como persona y mujer, directamente a la familia (su marido e hijos).



Imagen 66: Ánimo

Material: lo mismo que el taller anterior más revistas. Propuesta: Collage.

Hay cambios principalmente en el proceso de la creación. En este taller se concentra más en la tarea y favorece un espacio para el silencio y el trabajo. Algo llamativo, es que pinta de nuevo la espiral, pero ahora de manera diferente tanto en la forma de la misma, como en el proceso de realizarla, se la podía observar que estaba disfrutando mientras la hacía. La espiral de la imagen 1, era cerrada y ahora la representa desvaneciéndose, como en proceso de transformación. También es especialmente significativo la estética de la obra, parece transmitir como una sensación de peso, debido a los bloques de colores oscuros y más claros que hace en la parte de arriba del formato y las palabras que recorta: "¡Qué vergüenza!"

Los otros fragmentos de la obra aluden a la familia. Representa una imagen idealizada de la familia y en líneas generales, María comparó su obra con el Arte Contemporáneo, decía que su deseo era poder "ser más libre, desinhibirse, fluir, "soltarse la melena".

Para María lo más importante de su vida es la familia que ella ha construido y la familia de

origen lo que más le ha marcado en su vida. Escribió en el diario artístico:

"A la próxima reunión mi estado anímico era más alto que en la anterior y ya que se había hablado en la anterior de cómo nos encontrábamos y procurando entender que mi vida no era tan fatal como yo creía y me sirvió para estar menos tensa y a raíz de esto mis dolores no son por ahora tan fuertes y no estoy tan tensa".



Imagen 67: Impaciencia y rabia.

"Me ha hecho sacar mi parte oscura y a mi parecer de maldad o más bien de rabia y dolor que llevo dentro de mí y necesito expulsar. Me ha hecho recordar malos momentos de mi vida, en concreto de la infancia y la adolescencia que no he tenido porque me la robaron y que a la vez quiero olvidar y salir de ese cerco que llevo a mis espaldas y en conjunto en todo mi cuerpo, dejando siempre esa pequeña puerta abierta".

A través del arte los impulsos destructivos pueden ser gráficamente expresados, hechos conscientes, y así transformados en una personificación creativa. (Schaverien, 1999)

En la 1º Parte del taller se trabajó con la relajación: relajar diferentes partes del cuerpo y con la figura del observador, después se trabajó con música, baile y con el acto de "parar" en un momento dado para observar las posiciones de nuestro cuerpo.

María dijo:

"Creo que no tengo ni que decirlo, aquí es mi mitad negra, mi parte mística, mala, la ganas de enganchar a alguien, y ¿me entendéis? este sería mi mitad rabia, de mi enfermedad, de considerarme que no valgo, que no sirvo. La oscuridad del negro, y el querer resurgir,

el círculo mi familia, mis niños y el amarillo, lo he dejado abierto, estoy empezando a dejar huecos. He pasado un año muy malo y ahora digo que valgo, a tirar adelante, pero que mi parte negra está ahí. Yo era un bicho malo, y toda la gente me dice está la María de antes, y les digo que se callen que tengo miedo a recaer. Quiero resurgir, pero también está mi parte negra. El amarillo, rojo es vida, sol. Me he sentido muy bien hacerlo, me gusta mucho la pintura, lo desigual."

Es interesante que la paciente nombrase lo desigual con la sensación de placer. Podríamos entenderlo como la acción opuesta al negro (masa compacta, fija, inmóvil) y lo desigual con la función de la creatividad en arteterapia, la capacidad para movilizar lo fijado y transformarlo en otras salidas terapéuticas.

En este fragmentos me gustaría detenerme un momento para poder pensar la relación que ella establece de "valía" y de "servir o no" en relación a temas (lo citaré en un fragmento más abajo) como las labores de la casa, al mantenimiento del cuidado de la familia...Y posteriormente, en una entrevista semiestructurada hablará de la frustración y conflicto interior que siente al no poder responder como madre para atender a sus hijos, el cuidado de la casa y como mujer para satisfacer sexualmente a su marido.

Parece establecerse una relación entre la categoría de valía de una misma con unos atributos asignados socialmente a la mujer, unido a conflictos traumáticos procedentes de su novela familiar. Los estudios de la subjetividad femenina analizan un constructo social denominado "ideal de la mujer" sobre el cual (Tavora, 2012: 3) dice que *"toda aquella mujer que no se adapta a ese ideal, puede estar expuesta al conflicto, a la culpa y puede afectar a la salud"*. Para la autora, eso es así porque *"existen mecanismos muy sutiles para que la persona haga suyo esa construcción social. El poder plantea una manera de ser que te vende como buena y tú la interiorizas"*. Estas premisas se traducen en ideas como que *"...ser buena equivale a no sentir agresividad, ser madre equivale a organizarse desde el amor y la importancia de los afectos y ser esposa supone controlar la sexualidad"*.

La autora considera que esos valores llevan a las mujeres a priorizar la relación con los otros como clave en su construcción como sujeto, lo que dificultaría el proceso de subjetivación e individualización.

Conforme avanzaba los talleres María tenía más y más necesidad de hablar de cómo se sentía en relación a su obra. Dijo: *"mi obra representa mi cara de odio, mi lado malo"*. Conforme iba hablando se iba poniendo más nerviosa, angustiada, hasta que estalló en llanto y dijo:

"Yo me consideraba una mierda, que no valía nada, que iba hacer daño, que le hacía daño a mi gente por no tener la casa bien hecha, la ropa planchada...y ha sido considerarme mala, y...sentir que ellos no tenía culpa de ellos. Ver a mi marido que venía cansado del trabajo y tener que ponerse hacer cosas de casa. Y yo me he maltratado a mí misma mucho y me estoy dando cuenta ahora, y al maltratarme a mí he maltratado a mis hijos. Mi hijo pequeño esté en un internado por quitarle que me viera, de estar siempre mal, y en cambio mi hijo grande lo está pasando muy mal. Y me doy cuenta que los he maltratado, porque no tienen culpa de nada, ni yo tampoco porque no he pedido tener esta enfermedad, pero mi hijo grande lo está pasando muy mal, y esta todo el tiempo mirando el rabillo del ojo para a ver como estoy y no me estoy portando bien con ellos ni conmigo misma...""...De pequeña sufrí maltrato por mi madre, yo no podía aguantar más ver que me trataba a mí diferente a mis hermanos...Ahora mi madre quiere acercarse a mí, pero es tanto el odio que ya no me sirve..."

Por un lado, podríamos recoger: sentimientos de ambivalencia y carencia afectiva de los vínculos fundantes como huella originaria del trauma, una construcción de un apego

desorganizado; y por otro lado, podríamos reflexionar, por los datos que ella cuenta en la etapa de su infancia en relación al poco afecto y cariño recibido, en el modelo internalizado de objetos internos construidos, y como la participante ha podido experimentar múltiples abandonos por los objetos internos (padres). A modo de reflexión, quizás, al no encontrar un vínculo sustentante en la relación con la madre es lo que posiblemente le hizo a María idealizar al padre, a quien en el corto periodo de vida que vivió, encontró un aliado. Pero la muerte repentina del padre, confrontó a la participante con otro suceso traumático, tal y como ella citó en una de las entrevistas:

“Mi estado de ánimo empezó a desequilibrarse desde la muerte de mi padre”.

Podríamos pensar en la idea de que la participante presentaba un complejo de Edipo sin elaborar, que reaparece en la pubertad, edad a la que conoció a su actual marido y dentro de la reflexión, podríamos pensar en la función que desempeñó su marido como función paterna, de sostén y contención ante los múltiples abandonos vividos (1º por los padres y 2º por la familia, al tener que responsabilizarse ella del sostén de la familia, dejar la escuela, asumir las responsabilidades y adquirir el rol asignado por la madre...).

Un hecho que podría reflejar un duelo patológico sin elaborar hacia la muerte del padre, son los episodios narrados por la paciente en la vida adulta, por ejemplo: encerrarse dentro de una habitación oscura con una vela y la fotografía del padre y llorar durante horas, porque es lo único que podía calmarla. Estos episodios continuados y repetidos en el tiempo hizo que su marido, finalmente, le quitase la fotografía y rompiese con esa especie de “ritual” hacia el padre. Podríamos analizarlo como un punto de anclaje, una fijación a la historia del pasado en la que ella vuelve a revivir el dolor y el sufrimiento de la pérdida.

Si nos detenemos a observar la obra, es especialmente llamativo lo ilustrativamente que representó lo que ella denominó “las sombras”, “la oscuridad del negro”, y las relaciones que va estableciendo de esas manchas con emociones como: el dolor, la maldad y el sentimiento de culpa.

Diversas investigaciones realizadas por el grupo de investigación de las Mujeres de las Palmas (González de Chávez, A., 2010: 16), afirman que:

“...Las mujeres con diagnóstico de fibromialgia o las víctimas de violencia física y/o psíquica manifestaban de modo significativo haber vivido muchas carencias y/o sobre exigencias en la infancia, haber tenido muy malas relaciones con uno o ambos padres, haber sido testigos o víctimas de malos tratos y abusos sexuales en la infancia... La vivencia de estas experiencias y relaciones paterno-filiales contribuyen a horadar la confianza en sí misma de la persona que las sufre; a generar, a causa de las frustraciones y el rechazo recibido, sentimientos agresivos que son autocensurados (es decir, normalmente no expresados, como prescribe el modelo ideal de feminidad vigente, a diferencia de cuanto sucede con los varones); a acentuar la sensación consecuente de “ser mala”, todo lo cual genera sentimientos omnipresentes de culpabilidad”.

Otro aspecto relevante desde mi punto de vista que apareció en este taller, fue la reflexión que tuvo lugar dentro del grupo a raíz de lo que María contó en relación a la toma de conciencia hacia el maltrato que se hacía así misma. Cuando María describió las diferentes maneras de auto maltratarse a sí misma, permitió que las otras pacientes hablaran de cómo y cuándo se sienten ellas maltratadas por ellas mismas, por ejemplo: cuando se había sentido inferiores para hablar en público, cuando no se valoran si las otras personas no la valoran, cuando necesitan que sus parejas le den cariño para sentirse bien con ellas mismas, cuando no pueden tener la casa perfecta, planchar al marido la ropa, etc... Y asimismo, iban estableciendo la relación existente entre dicho maltrato hacia sí mismas, con

el dolor y la fibromialgia. Hernando (2000: 10) expone que:

“El modo en que las mujeres internalizamos, actuamos y reproducimos un conjunto de valores y actitudes a través de las cuales nosotras mismas contribuimos a perpetuar esa situación de desigualdad respecto a los hombres”.

En el espacio del taller se reflexionó si podían permitirse no ser perfectas, ni cumplir el ideal de mujer, (intentar encarnar el ideal de mujer puede significar muchas cosas que promueve una invisibilización y anulación de la diversidad real de la mujer) y dicha reflexión, les conducía a la misma pregunta, la cual, quedaba siempre sin respuesta: *¿por qué antes yo podía con todo (la casa, los hijos, la familia) y ahora no?, ¿por qué antes yo estaba para todos, siempre para cuando alguien me necesitase y ahora no puedo?, ¿por qué...?*, preguntas que las podríamos traducir en otra como *¿por qué estoy vacía?...parece que su narcisismo dependía del “servicio de los otros”, pero no era suficiente para sentirse bien y su cuerpo podría estar hablando de ello a través del síndrome de la fibromialgia.*

Algo especialmente llamativo en las conductas de una gran mayoría de las mujeres diagnosticadas de fibromialgia, (hallado en los estudios de caso que he trabajado) y en la literatura, es que se definieron como *“muy perfeccionistas”* (González de Chávez, 2010: 17):

“...En más de un 60% de los casos, y que frecuentemente usaban las expresiones yo hacía todo, yo era todo para ellos, todo dependía de mí, yo lo tenía todo perfecto, expresiones que, por otra parte, reflejan el afán de totalidad, de completud, de (omni)potencia, que late tras el deber/deseo de perfección. Son las dos caras de una problemática (el goce y las sombras): la gratificación inconsciente de ser una omnipotente/perfecta cuidadora y el coste que se paga por ese afán, es decir, el malestar físico, el cansancio, el dolor.”

En definitiva, este maltrato hacía sí misma que se nombró dentro del grupo, pondría en evidencia la autoagresión a través de los sentimiento de hostilidad reprimidos. Se les preguntó durante las dos primeras fases del taller, si la manera en cómo vivían antes: siempre corriendo, haciendo cosas para los otros, hiperactivas, exigiéndose ser un diez en todo lo que hacían, si ese estilo de vida era bajo su punto de vista “sano”. Poco a poco, se iban dando cuenta, que la manera en como gestionaban sus emociones tanto en el pasado como en el presente no era saludable. En el pasado, tenían una fuerza física y corporal para llevar a cabo innumerables tareas, pero no tenían tiempo para dedicárselo a ellas mismas, a sus deseos y necesidades. Ahora la enfermedad ha sido como muchas veces citan ellas un “parar”, que le ha impedido a nivel físico llevar ese estilo de vida, pero que les ha “obligado” a detenerse para parar un tiempo para dedicárselo a ellas mismas. A través de lo que Ana dijo: *“no estoy mala ahora, llevaba mucho tiempo mala”*, se invitó a abrir un foro para reflexionar *¿desde cuándo consideraban ellas que estaban con síntomas perjudiciales para su salud?, y ¿desde cuándo se pudieron haber dado cuenta de que la fibromialgia podía ser un resultado o constatación de algo que ya estaba establecido muchos años antes del malestar actual?.* Se abrió el debate de si la fibromialgia podría ser una oportunidad para actualizarse, reubicarse, reconectarse con ellas mismas tal y como decían algunas pacientes. Finalmente, todas llegaron a la conclusión afirmativa que la fibromialgia les había obligado a parar físicamente, pero que también les ha permitido trabajarse y ampliar el acceso a su área emocional.

En los talleres de arteterapia estuvimos trabajando hasta el final, con uno de los objetivos establecidos de cómo poder aceptar quienes son, cuales son “mis deseos”, “mis necesidades”, desde un acompañamiento para la identificación de los mismos, hasta un sostén para poder empoderarlos. Ha sido un trabajo que se ha ido tejiendo arduamente durante las sesiones para poder trabajar en la desidentificación asignada como mujeres y acercarse a los deseos y necesidades propias que posibilite la construcción de un sí mismo menos “alienante”.

Al finalizar el taller de la imagen 67, María hablaba de su historia familiar, compartiendo secretos muy dolorosos y finalmente dijo:

“El día que me veáis con colores cálidos podréis decir: ha resurgiendo la María de Mayo”.

FASE 2: DESCUBRIR NUEVAS SENSACIONES.

La segunda etapa, se produjo cuando la participante de una manera simbólica ha podido sacar su lado “negro, oscuro, de maldad” mediante la creación, y pudo nombrarlo, reconocerlo, identificarlo y empezar a trabajar con ello. En esta etapa, la participante empezó a sentir que podía “ser ella misma”. La estética de la obra se caracterizó ahora por una ausencia total del color negro y es representada con muchos colores. Asimismo, la participante experimentó una mejoría porque empezó a sentir un poco de discriminación y conocimiento a lo que le sucedía. En cierto modo, no está ya tanto a la merced de una angustia inconsciente. Paralelamente, se va estableciendo una relación entre malestar psíquico-trauma en la infancia-los mandatos de género-conversión en el cuerpo.

En el cuarto taller los materiales usados fueron soporte para acrílico, acrílicos, pajitas, palillos de dientes, pinceles.

Proceso creativo: se trabajó con las pajitas y acrílico. Consiste en soplar con la pajita los colores y desde ahí pintar lo que nos surja.

Me gustaría describir como venía la participante este día a los talleres desde la comunicación verbal como desde la comunicación no verbal.

María llegó al taller llorando, se encontraba muy mal, le acababan de diagnosticar esclerosis múltiple, dijo que pese a todo necesitaba venir al grupo, estar con sus compañeras, porque siente que en el grupo podía ser ella misma. Las compañeras en general la acogieron dándole apoyo. Pero quizás podía conmovir más la comunicación gestual de ella, la postura de su cuerpo rígido, (como si tuviese un palo dentro del cuerpo); la postura del cuello, un cuerpo muy limitado por el movimiento. Una mirada rota de haber llorado, una queja continua, una negación ante cualquier atisbo de vida, y pidiendo mediante la queja del dolor y sufrimiento un cálido abrazo y cariño. Afortunadamente, pudo encontrar en el taller un espacio de “sostén”, de manera simbólica a lo que Winnicott (1949) denominó la “madre suficientemente buena”, como factor clave para permitirle a ella trabajar y llevar a cabo la tarea.

Algo especialmente llamativo durante la sesión fue ver su proceso creativo, cómo iba creando esta obra desde el dolor y el malestar que traía. Al inicio le costaba mucho empezar, se quejaba, tenía que parar e interrumpir con continuidad el proceso, resoplaba, el cuerpo era rígido, apenas podía mover el cuerpo. Miraba a la arteterapeuta como diciendo no voy a poder terminar la obra, pero no desistía y entre las constantes paradas iba primero jugando con las pajitas a expulsar pintura y después a crear forma con las gotas de la misma. No utilizó ningún otro instrumento más que las pajitas y el color. Poco a poco, conforme se disminuían las paradas y en ese juego de mirada donde ella encontraba un sostén cuando pensaba que se vendría abajo, de repente, empezó a transformar su estado físico y emocional, aumentó la concentración, se dejaba llevar por el juego, se podía observar cómo se iba destensando, dejando a un lado el dolor y una dedicación completa entrega a la obra, se movía alrededor de la misma, había energía, pareciese como si estuviese dentro del cuadro de la pasión que le ponía, se la vio menos fatigada y más liberada. La transformación fue como si en cada pincelada, parada, hubiese ido sacando el peso de su cuerpo que la inmovilizaba.



Imagen 68. Encaminada

Escribió en el diario artístico:

"Al principio no me encontraba a gusto con el taller que nos propusieron pero poco a poco empecé a encontrarme como liberada y como encontrando caminos de escapada de todo y de todos mis miedos, dolores, indecisiones y muchas sombras oscuras que tengo en mi mente. Me han diagnosticado esclerosis y con mis compañeras me sentí arropada y comprendida y un poco aliviada".

Una de las compañeras le dijo:

"Hoy eres tú misma, sin tu marido, sin tus hijos, sin tu familia. Quédate así más a menudo".

Ella y el grupo se rieron. María respondió:

"Si, hoy puedo decir que soy yo misma".

María se encontraba en una fase de liberación, de expulsar rabia, dolor, de sacar todo eso que tenía acumulado durante tanto tiempo y a raíz de este taller, es cuando ella dijo que empezó a sentir un "resurgir" de sí misma.

FASE 3. TALLER 4-8. LIBERACIÓN.

Propuesta: escoger una obra, la que queramos y la vamos a romper y con ella vamos a crear una obra nueva.

Materiales: pajitas, témperas, plastilinas, lanas, lápices, ceras, rotuladores, cartulinas, folios, sacapuntas, bolígrafo, algodones, purpurina, telas, agujas, papel higiénico.



Imagen 69. La tranquilidad.

“Nos dieron la opción de coger una de las obras que habíamos elaborado a la que yo escogí “Maldad-Odio-Rabia”. Nos ofrecieron destruirla y elaborar a raíz de ella lo que sintamos en ese momento, yo decidí coger solo los espacios de color y libertad y enmarcarlos dentro de color amarillo y a la vez fui añadiendo un trozo de lana para significar que cuando tuviera un sentimiento malo tuviera en cuenta esa creación y por eso la titulé “Punto de atención” y me encontré bien al destruir lo que antes había elaborado”.

En el turno de palabra dijo no haber tenido duda sobre la elección de la obra, escogió esa obra que representaba su parte negra (imagen 3). Algo significativo fue cómo seleccionó la parte de color (sin negro) para reutilizarlo en la nueva obra, con algunos pequeños fragmentos del color negro, pero principalmente lo negro lo dejó apartado. Durante el proceso tuvo la necesidad de preguntar a la arteterapeuta si podía tirar lo que no quería de la obra que había roto a la basura, ella le respondió que tenía absoluta libertad para hacer lo que deseara; rápidamente lo tiró a la basura. Después explicó que para ella eso que había tirado, representaba lo que la familia le había puesto a ella, y dijo: *“no quería conservarlo, no quería volver a ellos, no me encontraba bien con eso, y por eso lo he tirado a la basura”.*

Dado lo ocurrido dentro del espacio de taller, en el cual, la participante necesitó tirar esa parte negra que representaba una parte (muy negativa) que habitaba en ella, y los efectos de liberación y tranquilidad que ese acto le hizo experimentar, así como el cambio de posición subjetiva que se produjo en talleres posteriores, me permitió reflexionar en una de las conclusiones que desarrolló Schaverien (1999, 44: 479-510) en sus tesis doctoral, en relación a la cuarta transferencia¹ (chivo expiatorio).

El chivo expiatorio es un ritual ampliamente aplicado a lo largo de la historia, para la purificación del mal y la enfermedad de una comunidad mediante el sacrificio de un animal, persona u objeto. La autora tiene la premisa que las imágenes pueden jugar un papel o un rol similar dentro del análisis. La disposición a ese material (expiatorio) puede darse en ocasiones mediante la destrucción de un objeto (como en este taller) o como se da más habitualmente que el arteterapeuta custodia la obra, hasta que el afecto encarnado pueda ser integrado en la personalidad del participante, (como sucedió en el taller de la imagen 3). La autora entiende el significado de “disposición” como una manera de poder “deshacerse

¹ La autora siguiendo a Freud, Greeson (1967) divide la relación analítica en tres partes. Son: “la relación” real, “la alianza terapéutica” y “la transferencia”.

de" (pecado, enfermedad, de lo que emerge del grupo). Para la autora, estos chivos expiatorios son representaciones conscientes basados en la visión filosófica del mundo que una "transferencia² de atributos y estados" pueden ser posible y al mismo tiempo curativo (Cassirer, 1955). La idea que "atributos y estados" pueden ser vistos como substancialmente transferibles parece articular un aspecto psicológico de los procesos creativos. El arte ofrece un significado particular de transformaciones de estados psicológicos, de los cuales, de otra manera, no habrían podido ser expresados. Así podríamos pensar en el trabajo artístico de María que una vez creado, pudo ser simbólicamente experimentado como un objeto que porta una transferencia de los aspectos de la "sombra" (tal y como lo citó ella) de su personalidad, haber hecho un trabajado desde las emociones que le ha generado el proceso de creación del objeto ("*me ha hecho sacar mi parte de maldad, mi lado negro...*") y la posibilidad de expiación al poner esa parte de ella en un objeto y deshacerse del mismo. Cuando se habla de transferir, no es solo una sustitución simbólica, sino una transferencia física real. No es como si el chivo expiatorio portase el afecto o la enfermedad, sino que el objeto creado es transformado en una cosa con una manera muy concreta (imagen 3 y 5). El objeto artístico se convierte en un objeto de transferencia, donde afectos del pasado se viven en el presente, y le permite a la participante trabajar con ellos en el "aquí y ahora del taller" para llevar a cabo procesos de reelaboración del material inconsciente.

Lo que me ha permitido establecer una relación entre el chivo expiatorio de Schaverien, y la paciente, ha sido el observar los patrones de comportamiento, así como, de la autopercepción de sí misma (negativa, sin valía, con culpa...) que podían proceder de la forma en la que ha sido tratada, mirada, y reconocida. (Riviére, 1985: 11) dice que:

"Cualquier situación de tensión particular que se desee investigar debe llevarse a cabo dentro del contexto social en que las cosas suceden, es decir, en el afuera".

Podríamos pensar tomando como referencia la novela familiar de la paciente, que ante el suceso traumático de la pérdida repentina del padre, la participante se convirtió en el chivo expiatorio, tanto en cuanto a las responsabilidades que tuvo que adquirir y como convertirse en el blanco de la diana para gestionar las dificultades familiares y consecuentemente, convertirse en el único miembro de la familia que enfermó. La participante ha estado en conflicto con ella misma a edades muy tempranas. Por un lado, personificó el rol asignado por la madre; pero por otro lado, ha vivido su historia como una gran injusticia y aunque hizo el acto de separación física a edades muy tempranas, no lo habría hecho aún a nivel emocional. Podríamos pensar en que uno de los problemas que parece manifestar tendría que ver con que no ha hecho esa distancia entre el otro y una misma, lo que (Amorós, 1988) define como "*el recorte subjetivo del otro y de ti*".

Un hecho significativo que tuvo lugar dentro de los talleres, fue a partir del comentario de una de las participantes, que le permitió hablar de un aspecto central de su sufrimiento dentro del grupo. Le dijo:

"Tú estás llena de muros, solo tienes muros, yo no veo aperturas en ti".

A lo que María contestó que ella lo que único que quería es que su familia (madre y hermana) cambiasen su actitud hacia ella. Siempre traía esta queja al grupo, la hostilidad experimentada por los otros, el no recibir cariño, ni comprensión, el no ser querida, ni valorada y sobre todo, un sentimiento de una enorme injusticia al sentir haber dedicado su vida a su familia y ahora no recibir lo que ella consideraba que debería. Podríamos pensar que se estaría activando la transferencia con el pasado, y cómo ella seguía relacionándose, con la hermana y la madre en relación a los modelos internalizados de los objetos internos, de la misma manera que seguía

² El término de transferencia que utiliza la autora presenta similitudes con el proceso que envuelve en la creación de una obra de arte y sus conexiones con el concepto de transferencia en el psicoanálisis

sin aceptar la muerte del padre. Podríamos observar como de una manera inconsciente transfería mediante la queja y hostilidad "esa falta" hacia la hermana, encarnando la hermana el papel de la madre. Le exigía a la hermana lo que la madre no le dio, le exigía que cubriera "su falta" y le recriminaba por todo lo que ha perdido. La respuesta de la hermana era de un rechazo absoluto, la evitaba. Esta relación entre ambas producía a la paciente María, la actualización del conflicto traumático en la cotidianeidad. Con la hermana tenía disputas constantes, su relación se había agravado hasta el punto de que en el pueblo solo podía vivir una de las dos. Algo curioso es el hecho de que los dos hijos de la participante también están separados, uno vive en un internado (el pequeño), para evitar que sufra y viva los brotes de la fibromialgia y el otro (el mayor) es el que está en casa, cuidándola y viviendo de cerca el proceso de enfermedad.

Otro hecho significativo es como el trauma impide avanzar y hace repetir en su cotidianeidad aquello que no se elaboró. De una manera inconsciente está repitiendo en su núcleo familiar lo que hicieron con ella. Al igual que de manera repetitiva recrea esas emociones vividas en la infancia de no haber sido querida en el exterior, en otras relaciones familiares y sociales.

El espacio de arteterapia le permitió a la paciente reflexionar que fue muy injusto que a esa niña se le privase de lo principal que necesita un ser humano para su crecimiento saludable, pero que aquello que no tuvo, ya nadie se lo iba a proporcionar, ni el marido, ni los hijos, ni la familia, etc... Es necesario aceptar, tal como cita Levinton (2009: 90), que *"te quisieron lo que pudieron quererte y no más porque, en la medida que aceptes lo que no te dieron dejarás de pensar en las relaciones solo en clave de lo que te dan o no te dan y podrás descubrir nuevos aspectos de las mismas que no estén solo condicionados por la satisfacción de tus necesidades. A su vez hacer el duelo de que lo que no te dieron en esos momentos ya no podrán dártelo, o por lo menos no podrán dártelo de la manera que tú lo hubieses necesitado cuando eras pequeña"*.

Esa necesidad de sentirse querida se convierte para muchas mujeres en un organizador interno y un organizador externo. Hablamos de organizador interno cuando, en la medida que te sientes querida, te valoras a ti misma como sujeto, lo que Levinton *"narcisización del apego"* (Berrocal: 2011) .

Esa pérdida del amor que tantas veces refiere la participante en los talleres, la debía de elaborar por sí misma y que para ello, el espacio del arteterapia podía ser un medio de disponibilidad para el encuentro con la ausencia.

Berger (en López, 2004: 15) define el cuadro, la obra, el arte verdadero, *"como un lugar de experiencia, cuando un cuadro se transforma en un lugar, hay la posibilidad de que aparezca en éste la cara que el pintor está buscando. Lo que el pintor busca sin cesar es un lugar para recibir la ausencia..."*

Un aspecto fundamental a tener en cuenta en el proceso de construcción del género, es la forma en que, a hombres y mujeres, se nos enseña a amar. De acuerdo con Sanz (1995) las mujeres aprenderían a amar para la fusión, es decir, poniendo el valor de una misma en la elección del otro. Mientras que los hombres sin embargo, aprenderían a amar para la separación, teniendo una identidad social con valor en sí mismo y reconocimiento por ser quien se es.

Como dice (Tavora, 2012: 197-204)

"...Se ha construido una arquitectura sobre la mujer, que deviene de las miradas externas que van configurando una forma de constitución de identidad femenina «prevalentemente

centrada en un ser para ser percibido, para ser mirado, tiene el efecto de colocarnos en un estado de permanente inseguridad corporal y simultáneamente, de alienación simbólica».

Condición ontológica que según (Beauvoir, 1981) conduce a la mujer a ser para otros. Un deseo que nos llevaría a un tipo de relación fusional, donde el otro se convierte en el regulador de la propia angustia y que llevaría emparejada la renuncia del desarrollo de una misma como sujeto.

Durante las sesiones de arteterapia se le fue confrontando mediante la expresión creativa, para que pudiese ver ese otro lado del muro de su obra, de sus muros internos, y pudiera pensar en cómo se podría sentirse su hermana cuando recibía una responsabilidad y un peso que no le pertenecía a ella y que no podía entender. Acercarla progresivamente a que su dolor, que no se debía tanto hacia la actitud de su hermana sino hacia "las necesidades, carencias y dependencias de ella hacia el Otro", posibilitó el poder renovar la capacidad creadora de sus fijaciones y conflictos. Hasta ahora no se podía cuestionar la posibilidad de poder ser autora de sus emociones. La enfermedad es como un laberinto donde existen salidas, y salidas falsas; la abnegación repetida de cubrir la falta mediante el amor y el reconocimiento del Otro, abocaba a un fracaso de todos sus intentos. El arteterapia posibilitó a través de la creación de las obras poder elaborar la parte emocional, poder simbolizarla y construir nuevas salidas alternativas a la fijación.



Imagen 70. Sola conmigo misma-Paz.

"Nos han propuesto elaborar con varios elementos un lugar, un momento o un sentimiento en el que nos encontramos bien. Mi obra la realicé con arcilla, plastilina y pintura. En ella realicé mi punto en el que yo me siento libre y tranquila. Mi obra fue un mar tranquilo, muy azul y un sol muy radiante con unas gaviotas revoloteando y una roca, en la que yo me siento sola conmigo misma sin nadie a mi alrededor".

En la tercera fase del proceso evolutivo, el trabajo arteterapéutico se centró en la identificación del núcleo de sufrimiento. ¿Por qué sufro?- Porque el otro no me quiere, no me entiende... (Participantes del grupo). Era muy significativo como las obras eran usadas como

mediadoras para poder acercarse a áreas de dolor y mediante la observación de la misma, podían tomar conciencia de ese dolor emocional (existencial) que se podría diferenciar del dolor físico de la fibromialgia.

De hecho María en un taller dijo: *“os habéis dado cuenta que al final no hablamos de la fibromialgia, de lo que nos duele físicamente, sino que hablamos de lo que nos duele por dentro”*.

Algunas de sus obras fueron muy ilustrativas y daban pista sobre cómo fracasaban en sus intentos de levantarse, y volver a caer en la depresión. Por ejemplo, se les invitó a hacer una obra sobre un espacio ideal para ellas. María trajo una foto de una revista, de una mujer joven, guapa, pintada, feliz, perfecta...dijo que así era ella en el pasado. Colocó el recorte de esa fotografía en una esquina del soporte y el resto estaba coloreado de azul y vacío. A través de la obra creada, la participante pudo hablar de sus deseos por alcanzar aquello que no tuvo en la infancia (que ella relacionaba al éxito o fracaso de su felicidad), y desde ahí, este espacio le permitió hacer una parada para poder pensar en cómo esa manera de ver su obra, de construirla, de significarla podía ser como un espejo donde mirar el reflejo de su problemática. Todo el grupo y yo podíamos comprender mejor su discurso en relación a su obra, como María intentaba construir un futuro desde ese ideal de encontrar lo que no tuvo en el pasado, que no existió y que además, fue un anhelo. Este parar para poder pensar en las devoluciones hechas sobre su creación, le permitía tomar conciencia sobre claves de la repetición que le conduce a un estado de enfermedad crónico.

En la tercera fase del taller María empezó a comprender parte de la particular manera de querer afrontar su presente, mediante el pasado y parte de su sufrimiento en relación a cómo se relacionaba con los demás, principalmente desde “sus necesidades y su falta”. Rivière, (1985: 11) planteó la enfermedad *como una cantidad de sufrimiento que el sujeto no puede soportar, siendo un sufrimiento que se está generando en las relaciones que la persona está teniendo*. Berrocal (2011: 3) señala que *“sufrimos cuando nos relacionamos y nos relacionamos a partir de nuestras necesidades, añadiendo en este punto la idea de la necesidad de ser querida”*.

Poco a poco, a través de la creación de nuevas obras le permitía por un lado tomar decisiones, ampliar nuevos puntos de vista, ya que todo el grupo comentaba sus impresiones y perspectivas sobre lo creado, y construir nuevos recursos tanto plásticamente como emocionalmente. Traer la repetición del conflicto relacionado con la enfermedad física, convertía el taller como un “lugar de laboratorio” donde poder explorar y reelaborar la repetición, y tras la recreación, se produjo en cada una de las sesiones “nuevas repeticiones”. Todo ello, permitió a la paciente construir otras maneras de relacionarse un poco más separadas a su falta originaria. Aprendió a acercarse a la hermana no tanto desde la recriminación, exigencia y culpa. En este taller concreto, la participante compartió con el grupo los cambios que había empezado a hacer, había decidido dejar de esperar a que la hermana hiciese lo que ella necesitaba y había decidido ir al encuentro de ella y explicarle como se sentía. Inicialmente la hermana tuvo una reacción negativa, pero a los pocos días la hermana empezó a cambiar y empezó a acercarse más y más hasta que finalmente antes de que finalizasen los talleres, pudieron mantener una relación, en la cual, la participante le permitió tener una tranquilidad para poder pensar en ella misma, sin estar tan condicionada por la transferencia de los modelos internalizados. La relación tanto con la hermana y con la madre mejoró a lo largo del tiempo y paralelamente, disminuyeron los ingresos en urgencias por brotes de angustias y trastornos conversivos.

En otro taller posterior se trabajó con la propuesta de la caja, la tenían que trabajar tanto por dentro como por fuera. A esta obra la denominó la CAJA DE PANDORA. Es un ejemplo esclarecedor de cómo estos cambios que se están nombrando se van haciendo cada

vez más sólidos. Algo significativo es el nombre que le da a esta obra: Pandora. En la literatura, Pandora responde al mito de la mujer que porta todos los males a la humanidad. La personificación de la culpa que encontramos a lo largo de la historia en la mitología Eva, Lili...Pero también Pandora, tal y como cuenta la leyenda, cuando abrió la caja sin permiso de Zeus y se escaparon todos los males, la cerró en el último momento y dejó algo dentro, la ESPERANZA. Creo que la paciente nunca perdió la esperanza de una cura, de un poder encontrarse mejor y ha sido una persona que ha luchado mucho para poder salir de la encrucijada de la enfermedad.

Lo más ilustrativo en este taller fue observar cómo trabajó la parte del afuera y la parte del adentro. La parte de afuera, escribió todo lo que la familia de origen le había dado: incomprensión, sufrimientos, dolor...y lo pintó de negro. Y por dentro, escribió las cosas que estaba aprendiendo: darse cariño a sí misma, quererse, valorarse y lo pintó de color blanco. Algo que ella puso en relieve como algo nuevo que había experimentado, fue que no había sido igual para ella pintar la parte de afuera (donde experimentó rabia, odio...) a pintar la parte de adentro, donde se estaba trabajando a ella misma, que lo hacía con cariño, con mimo. En el interior de la caja representó a la familia que ella había construido, para ella era un una brújula, una guía hacia dónde ir.

En relación a este aprendizaje de cuidarse, tratarse con amor, con valoración, con conexión a sus necesidades y deseo, me gustaría recoger una frase de Maria que ilustra muy bien su proceso evolutivo:

"...Algo que a mí me ha costado mucho entender, pero es así, que para que las cosas cambien, antes tienes que cambiar tú, el cambio tiene que darse primero en ti..."

FASE 4: TRANQUILIDAD.

En esta fase, se llevaron a cabo acciones más dirigidas. Se hizo uso de artistas que habían trabajado temas que tenían una relación a la problemática que se estaban abordando a lo largo del proceso: la dificultad para la separación, elaborar el vacío pues el otro no va a suplir nuestra falta, poder asumir hacer un trabajo de subjetivación para construir otros recursos que faciliten una mejora en la gestión para el afrontamiento de la fibromialgia, y de las problemáticas concretas que estaban trayendo. Reelaborar las repeticiones en otras estrategias más saludables.

Se tomó como referencia a Louise Borgeoise, Richard Serra, Yayoi Kusama y Shirin Neshat.

Estas acciones artísticas tuvieron como finalidad trabajar uno de los objetivos del taller, el empoderamiento de la subjetividad femenina. Una vez ya identificadas las problemáticas, (tras hacer un recorrido junto con la participante para la construcción de nuevos recursos y estrategias para poder afrontar el conflicto), se la invitó a reflexionar cómo otros artistas marcados por una infancia traumática, hicieron uso del arte para poder reelaborar esa falta y esa pérdida originaria.

Uno de los talleres más significativos en esta fase fue el taller que se realizó a través de Shirin Neshat³, y su obra que nos invita a reflexionar sobre la importancia de cómo el lenguaje nos puede marcar, inscribir e influir en nuestras emociones. Es una artista que trabajaba con las inscripciones en el cuerpo. El hecho de escribirse en el cuerpo podría ser una manera de como por el hecho de nacer, el lenguaje puede ser un mandato y el hecho de escribirlo en el cuerpo es un medio

³ Esta propuesta fue presentada por (Fernández Cao, M. A, 2012) en el curso de "Arteterapia y Género": el arte para el acompañamiento y transformación", celebrado en la Universidad de Granada.

simbólico de poder reescribir nuestro lenguaje inscrito por la cultura que nacemos.

La propuesta del taller consistía en que cada una de las participantes se tomases un tiempo para pensar en una frase, palabra, símbolo o lo que desearan, para representar lo que la sociedad o los demás sentía que les decía como debía: oler, pensar, sentir, ver, digerir, tragar, tocar, mirar, desear, querer...como vivían que los demás lo esperaban o como habían sentido que lo han tenido que cumplir. Consecuentemente, tenían que seleccionar una parte del cuerpo y representarlo. Por otro lado, tenían que representar los deseos propios en otra parte del cuerpo. Serían en total dos propuestas a pensar: como nos sentimos desde la demanda de los demás y cómo son nuestro deseo propios.

A la propuesta sobre lo que la sociedad o los demás nos decía, representó imposición y su deseo era la comprensión hacia así misma y de la sociedad hacia ella. Reaparece la problemática que estamos tratando a lo largo del escrito. La paciente sentía haber recibido una imposición hacia su persona y ella necesita reconocimiento del Otro, más ahora estando enferma. Cuando se le preguntó que hacía con sus deseos cuando el Otro no los reconoce, dijo *“creo un muro u olvido mis deseos, e intento vivir sin esas personas, pero al final me produce frustración, al final me hago daño a mí misma”*. Después citará: *“yo creo que he avanzado, me he sabido enfrentar a mi hermana y a mi madre, parece que ese muro no ha caído del todo pero...”*



Imagen 71. Cuerpo

El hecho de poder nombrar, comprender claves del sufrimiento y compartirlas en el grupo, favorece poder pensar nuevos modos de hacer. Uno de los objetivos del taller, es poder acompañar a través de la creación en la construcción de unas salidas "sanadoras" a la repetición, que le posibilite a la paciente no volver a fijaciones del pasado, si no construir otras vías más saludables. Esta propuesta artística además de ser una propuesta simbólica para el empoderamiento de los deseos, trabajó con el sujeto que se reescribe en su cuerpo, para convertirse en objeto de escritura, para volver a ser sujeto que se observa desde afuera, por lo que ofrece a la participante de una manera indirecta diferentes pliegues por donde doblar la realidad, o diferentes perspectivas por donde poder pensar el conflicto y durante el tiempo de la sesión poder moverse entre la ambigüedad. Pensar en el conflicto, relativizándolo

favorece la apertura del mismo y amplia nuevas posibilidades de entendimiento.

En el último taller creó una pirámide

“Yo he puesto una pirámide de mi vida, el pico...luego he querido reflejar una puerta que abre esa pirámide, un camino, que quiero poder seguir... Es abrir una puerta a esa pirámide que se ha roto, que estaba cerrada, estoy predispuesta a abrir un camino, y decir no, no se ha roto, bueno si, se rompió pero volver a construirla”.

“Ha sido un taller muy gratificante y agradable el estar expresando con tus manos lo que en tu mente existe. Fue agradable el quitar una parte de la parte principal y acoplarla al camino, expresando en ello algo que no me era agradable con lo que sí quiero que sea a partir de ahora mi vida”.

En esta obra está luchando por abrir un camino que le permite andar por un nuevo sendero y no volver siempre al mismo. Llama la atención que aunque la cúspide de la pirámide está truncada, (la cumbre es el final). Es interesante que ella no empezó el trabajo artístico o no lo centró en lo alto, (normalmente antes centraba su discurso en el pasado, y no se focalizaba en el presente), ahora habló de trabajar la base de la pirámide. No se sentía capaz de hacer un agujero tan grande para hacer un túnel, todavía no está preparada, pero es un agujero que simboliza la búsqueda de su salida, la salida que le permite vivir de una manera diferente sus problemas. La participante nombró su deseo de regenerar la base, y definió la pirámide como una pirámide rota, que se rompió, pero que ella quería reconstruir y para ello quería empezar desde los cimientos de la misma.

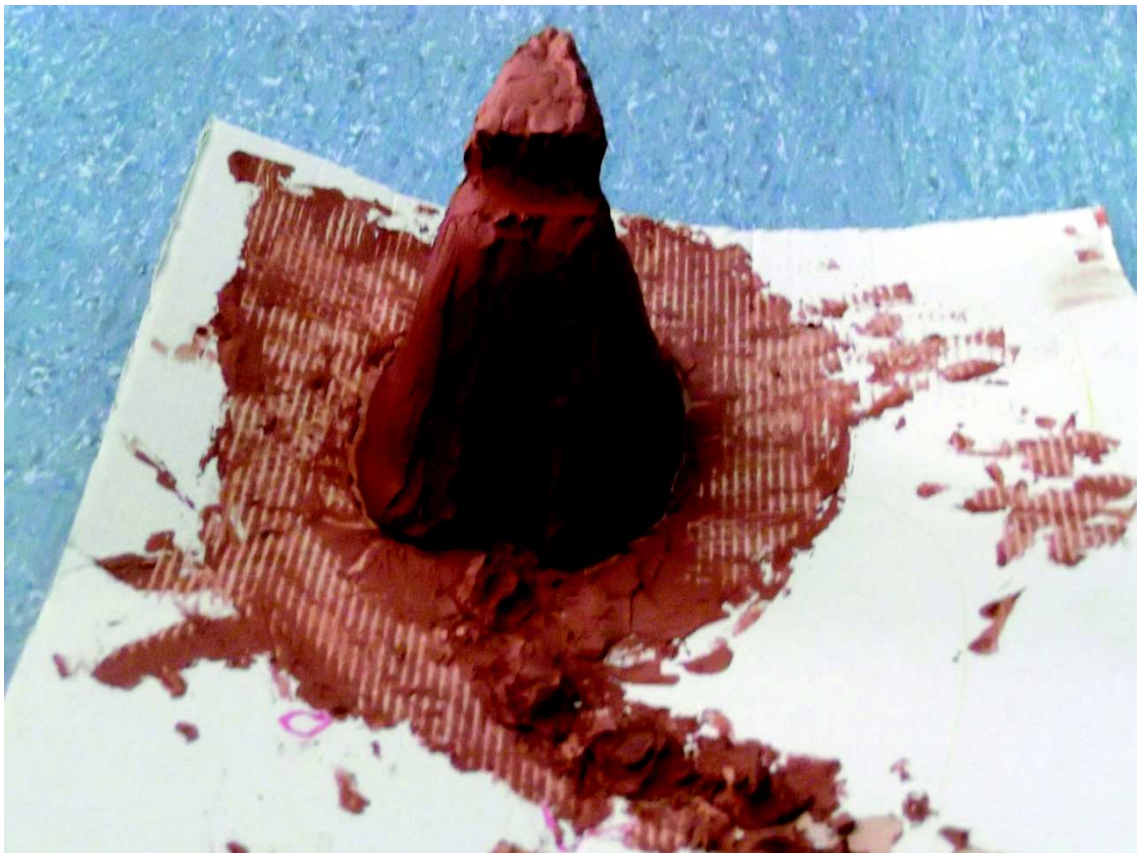


Imagen 72. Pirámide.

A modo retrospectivo del desarrollo evolutivo del caso María, se podría remarcar que durante

la primera etapa, a través de los colores, formas, dibujos, ha podido desplegar y relacionar los mismos con emociones como la angustia, ansiedad, con toda una serie de emociones ligadas a un malestar asociado a la fibromialgia, trastorno conversivos y somatizaciones que desconocía. Tal y como ella dijo:

“En las primeras obras todas eran sombrías, con poca alma, ni alegría, lo cual me ha hecho cambiar en muchos aspectos físicos y emocionales”.

En la segunda etapa se produjo cuando María dijo que había podido sacar su *“lado negro, oscuro, de maldad”* y transformarlo para poder ser *“ella misma”* manifestándose ese cambio en producciones creativas ausentes del color negro y lleno de colores vivos. En esta fase se pudo establecer la relación a raíz de las asociaciones hechas a través de la paciente entre malestar psíquico-trauma en la infancia-mandatos de género; y la hostilidad reprimida-autoagresión-somatizaciones.

En la tercera fase pudo comprender con mayor profundidad como su novela familiar ha sido determinante en la construcción que ha hecho sobre el amor, lo que espera de los otros. Tomó conciencia de que el modo de relacionarse estaba marcado por la dependencia y condicionado por las necesidades propias. Todo ello, le permitió ampliar otros modos de ver la realidad, salir del *“no me quieren”, “no me dan lo que necesito”,* al agenciamiento del mismo y la construcción de un rol activo y responsable de sus mundo emocional.

En la cuarta fase los cambios se consolidaron a nivel emocional, María dijo:

“Me siento tranquila, serena, en paz conmigo misma porque he podido conocerme”.

Y también a nivel físico: disminución de la postura hierática, rigidez en el cuerpo y cara. Su rostro emanaba felicidad, brillo en la mirada, y todo ello materializado en la disminución de la dosis del medicamento de la depresión.

En definitiva se ha trabajado la importancia de lo psíquico. El abordaje de la ansiedad y las relaciones entre el dolor físico y el dolor psíquico. Como llegó al taller y como se fue. Cuando llegó solo veía dolor, cuando se fue, se veía a sí mismas, sus deseos, sus necesidades y a ella haciéndose cargo de los mismos.

Tabla de palabras claves analizadas con el software NVivo 10:

Angustia, ansiedad, trastorno conversivo, somatización, agresividad, rabia, impotencia, odio, tensión, espiral cerrada, dificultades, transformación, vergüenza, libre, desinhibirse, fluir, soltarse la melena, parte oscura, maldad, dolor, cerco que llevo a mis espaldas, mitad negra, mi parte mala, enfermedad, no valgo, no sirvo, la oscuridad del negro, resurgir, huecos, recaer, lo desigual, casa, cuidado familia, frustración, conflicto interno, ideal de mujer, nerviosa, estallar en llanto, maltrato a mí misma, sufrimiento, la pérdida, la culpa, inferior, auto agresión, hostilidad reprimida, hiperactividad, parar (SFM), reconectarse, ampliación del mundo emocional, fibromialgia, deseos, necesidades, trauma, rigidez, negación, sostén, mirada rota, queja, el peso, pasión, concentración, dedicación, juego, creación, liberación, caminos, miedos, indecisiones, sombras, ser ella misma, expulsión de la rabia, tranquilidad, chivo expiatorio, afecto encarnado, disposición, deshacerse de, transferencia, simbolización, reelaboración, injusticia, separación, muros, la falta, evitación, exigencia, recriminación, amor, ausencia, carencias, dependencia, fijación, conflicto, depresión, pasado, vacío, perfección, anhelo, fantasía, repetición, cambio, Pandora, incomprensión, quererse, valorarse, aprendizaje, tranquilidad, reinscripción del cuerpo, abrir una puerta, salida, caminos, pirámide, cúspide truncada, regeneración de la base, agujero.

Tabla que relaciona las palabras claves extraídas del NVivo 10 con las categorías que se han analizado oportunidad:

Categorías	Palabras clave
Construcción del apego	Angustia, ansiedad, agresividad, la pérdida, la culpa, hostilidad reprimida, trauma, queja, la falta, ausencia, carencias, dependencia, fijación, conflicto, vacío, anhelo, fantasía.
Mecanismo de defensa	Angustia, culpa, evitación, hiperactividad, negación, perfección, repetición.
Somatización	Ansiedad, trastorno conversivo, cerco que llevo a mis espaldas, conflicto interno, tensión, enfermedad, agujero, auto agresión, parar (SFM), rigidez, el peso.
Construcción de la identidad	Agresividad, rabia, impotencia, odio, dificultades, vergüenza, dolor, no valgo, no sirvo, frustración, conflicto interno, inferior, miedos, indecisiones, injusticia, exigencia, recriminación, depresión, perfección, pasado, incomprensión, recaer.
Sesgo de género	Casa, cuidad familia, , ideal de mujer, nerviosa, estallar en llanto, maltrato a mí misma, sufrimiento, Pandora.
Simbolización plástica del conflicto	Espiral, muros, cerrada, dificultades, transformación, libre, desinhibirse, fluir, soltarse la melena, parte oscura, maldad, dolor, cerco que llevo a mis espaldas, mitad negra, mi parte mala, la oscuridad del negro, resurgir, huecos, lo desigual, parar (SFM), reconectarse, ampliación del mundo emocional, SFM, deseos, necesidades, rigidez, sostén, mirada rota, pasión, concentración, dedicación, juego, creación, liberación, caminos, sombras, ser ella misma, expulsión de la rabia, tranquilidad, chivo expiatorio, afecto encarnado, disposición, deshacerse de, transferencia, simbolización, reelaboración, separación, muros, amor, vacío, cambio, quererse, valorarse, aprendizaje, tranquilidad, reinscripción del cuerpo, abrir una puerta, salida, caminos, pirámide, cúspide truncada, regeneración de la base, agujero.

7.7.7.1 Conclusiones del análisis del caso M (María):

<p>Objetivos específicos de la 4º fase de intervención</p>	<p>Conclusiones específicas de la 4º fase de intervención. Cumplimiento de los mismo en una escala del 1 al 4</p>
<p>Fomentar las posibilidades de autonomía en la mejora y rehabilitación de pacientes con fibromialgia.</p>	<p>Tomar conciencia de que el modo de relacionarse hacia los demás está marcado por la dependencia y condicionado por las necesidades que le causa mucho sufrimiento, le permitió ampliar otros modos de ver la realidad, no tan categórica, hierática, hasta el momento y con una mayor autonomía y libertad acorde a sus necesidades, mejorándose paralelamente su estado de salud.</p> <p>Se han producido cambios en relación al aspecto físico: ha disminuido el hieratismo y el peso en la postura corporal y en el rostro; estaba más feliz; había disminuido la dosis de la medicación de la depresión, así como hay mejorías en los resultados de los cuestionarios pasados al inicio de la intervención y al final, donde se analizan las dimensiones de: afrontamiento del dolor, calidad de vida, depresión, percepción del dolor.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Posibilitar la reestructuración internalizada de la imagen corporal dolorida.</p>	<p>Ha podido sacar su lado “negro, oscuro, de maldad” mediante la creación, y puede nombrarlo, reconocerlo, identificarlo y empezar a trabajar con ello. Pudo hacer una diferenciación de lo que es suyo a lo que es del Otro. Adquirió un sentimiento de pertenencia del sí misma.</p> <p>Trabajar creativamente su falta, le permitió salir de la repetición y reconstruir la misma a través de la deconstrucción del auto maltrato al cuidado propio.</p> <p>Valoración: 4</p>

<p>Proporcionar herramientas óptimas a través de la expresión creativa, para una efectiva autogestión del dolor.</p>	<p>Aprendió a acercarse a su madre y a su hermana no tanto desde la recriminación, la culpa, la espera de recibir, si no desde una relación donde ella podía hacerse cargo en mayor medida de sus emociones.</p> <p>Poder pensarse sin estar tan alienada por los condicionamientos de los objetos internos, le permitió un espacio neutro interno, donde los brotes de somatización y constantes ingresos a urgencias disminuyeron.</p> <p>Aprendió a tratarse a sí misma desde el amor, cuidado y respeto, cambiando los modos de ser tratada construidos por su familia de origen, que le permitió un cambio de posición subjetiva.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Aliviar el dolor mediante una mayor toma de conciencia de su estado corporal y emocional.</p>	<p>La paciente se ha servido del proceso creativo y de los materiales para poder ir sacando la agresividad, rabia, impotencia y odio acumulado entre otras emociones. El hecho de transferir emociones a un objeto creado, le ha permitido poder sacar de adentro hacia afuera y trabajar dichas emociones desde el afuera.</p> <p>El poder ver esas emociones mediante una obra concreta, definida, le ha permitido poder empezar a hablar de esas emociones que no podía ponerle nombre y poder empezar a identificar parte de su problemática.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Apoyo y acompañamiento en las dificultades emocionales que supone de la dificultad de aceptar el brote de la enfermedad en sus vidas.</p>	<p>A través del grupo ha podido reflexionar sobre diferentes funciones, roles que podría tener la fibromialgia y el impacto de la misma en su dolor.</p> <p>Formar parte de un grupo que la sostiene, la acompaña, y la apoya, le ha permitido poder recibir hacer cambios internos en su desarrollo evolutivo.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Reducir los efectos de la enfermedad, fomentar la comunicación y la interacción con otros pacientes.</p>	<p>A través del grupo pudo identificar aspectos de su subjetividad en conflicto, en relación al aumento sufrimiento en el modo de relacionarse, marcado por la dependencia.</p> <p>Las devoluciones del grupo le permitió cambiar su percepción sobre la relación con su hermana y actuar más acorde a sus necesidades.</p> <p>Valoración: 3</p>

<p>Fomentar espacio de empatía e identificación para compartir y narrar experiencias autobiográficas.</p>	<p>A través de los talleres adquirió un aprendizaje y búsqueda de un “como” que promovió recursos y estrategias para la reelaboración del dolor corporal en una nueva imagen interna.</p>
<p>Mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>	<p>Salir de la percepción de “no me quieren”, “no me entiende”, “no me dan lo que yo necesito”, le ha dado la posibilidad de comprender que la falta que vivía actualmente corresponde a eso que no tuvo en su infancia, pero que ya nadie podría suplirla excepto ella, y consecuentemente, le permitió empezar a reactualizar relaciones con su familia, concretamente con su hermana y su madre, experimentado cambios en la calidad de su vida.</p> <p>La toma de conciencia entre su dolor actual con el dolor de la niña de 11 años, le permitió romper el círculo entre demanda inconsciente, trastorno conversivo, disminuyendo de tal modo, los ingresos en urgencias y accediendo a un espacio propio para pensarse a sí misma de una manera constructiva.</p> <p>La creatividad actuó como sustitutivo a la somatización, proporcionándole el reconocimiento que no tuvo, al tiempo que le reconstituía internamente.</p> <p>A través de los talleres alcanzó un estado interno de tranquilidad, que le permitió reactualizar las relaciones vinculares.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Proporcionar un foro de diálogo para compartir los problemas existenciales.</p>	<p>Se reflexionó grupalmente sobre los mandatos de género, sobre los roles asignados a la mujer y como cuando se salen de los mismos puede provocar conflictos, culpa, no aceptación.</p> <p>Adquirió una mayor comprensión de las maneras de sentirse, no hablaba tanto de ella mismas si no de como la sociedad ha impuesto que tenía que ser y la relación con su malestar.</p> <p>Valoración: 3</p>

<p>Pensar al sujeto desde un enfoque integral y conocer a la persona que sufre el síndrome.</p>	<p>A través de los talleres ha podido actualizar los modelos internalizados, ha pasado de la relación que le hacía daño a una actualización de la misma, la cual, le ha permitido ver y relacionarse con su familia desde el presente y desde como son ellos. Y paralelamente, se disminuyó los trastornos conversivos y los ingresos a urgencias que le permitieron espacios para poder estar sola y pensar a sí misma, experimentando una sensación de libertad.</p> <p>Valoración: 4</p>
<p>Contribuir, mediante el análisis e interpretación de los resultados de los estudios de casos, a una mayor comprensión de las personas que sufren el síndrome, explorando las diferentes complejidades que influyen en el constructo subjetivo.</p>	<p>En la primera etapa la participante mediante colores, formas y dibujos, ha ido desplegando y relacionado partes de las obras creadas con emociones como la angustia, la ansiedad, toda una serie de estados de malestar cuya causa desconocía. Estados de enfermedad no solo referida a la fibromialgia, si no trastorno conversivos, ingresos en urgencia por somatizaciones.</p> <p>En la segunda etapa empezó a transformar material intrapsíquico reprimido. En la tercera y cuarta etapa pudo aprender mediante la construcción del proceso creativo, nuevos modos desde donde poder pensarse, y relacionarse consigo misma y con los demás, alternativos a la fibromialgia.</p> <p>En el estudio de caso se ha podido recoger información relevante a través del proceso creativo y las obras resultantes de la relación entre el dolor físico y emocional, y de los posibles factores desde el ámbito emocional como posibles desencadenantes del síndrome.</p> <p>Este estudio de caso posibilita poder hacer una construcción teórica de la intervención en arteterapia basada en la experiencia práctica.</p> <p>Valoración: 4</p>



MULTICASOS

En este capítulo se va a exponer una tabla comparativa de recogida de información de datos. En la tabla 1 se va a mostrar características sobresalientes recogidos en el grupo experimental y control. En la tabla 2, se va a ilustrar información de los dos grupos (control y experimental). Todo ello nos permitirá comprender en mayor profundidad los datos más relevantes del análisis de los estudios de casos.

La información que se recoge se muestra como una triangulación de datos de los estudios de casos. Los contenidos sirven como posibilidades para la reflexión y el análisis, siempre sujeto a la condición de hipótesis y como parte de una estructura compleja mayor, abordándose en este texto solo una parte de la misma y relacionado los datos ya expuestos en el apartado de estudios de casos.

Todo este material descrito ha sido fruto de las asociaciones hechas por las pacientes a lo largo de los talleres.

8.1 Tabla comparativa de los atributos descriptivos de los casos del grupo experimental y del grupo de control

Edad: de 41 a 61 años.

Estado civil: Hay una predominancia de estado civil casada (12 casos) en relación al estado de divorciada (4 casos).

Nivel cultural: medio-bajo (15 casos) y nivel universitario (1 caso).

Causas asociadas a la fibromialgia: muerte del padre (7)^{*1} ; sobrecarga laboral (3); cambio de ciudad (2); accidente de coche (1 caso)^{*}; muerte de un hijo (1 caso) muerte de una sobrina (1 caso)^{*}; infección de sangre por virus (2); problemas familiares (2 caso)^{*}; operación del estómago (1 caso)^{*}; parto (2)^{*}; separación sentimental (1).

Conflictos informados: maltrato físico y/o psicológico por parte de la madre, relación caracterizada por sentimiento ambiguos y marcado por la hostilidad (6 casos)^{*}, violencia de género (3 caso)^{*2}; trabajar desde edades muy tempranas (5 casos)^{*}, abuso sexual (1 caso) antecedentes con madre que sufría fibromialgia (3 casos); dificultades para gestionar los problemas familiares (2 casos); padre alcohólico (1 caso).

Historial laboral: supermercado (2 casos); bares (1 caso); auxiliar de enfermería (2 caso); campo (4 caso)^{*}; tienda (3 casos); restaurante (1 caso)^{*}; limpiadora (2).

Sintomatología:

Relación entre estados de enfermedad con sesgos de género.

1 Este símbolo representa que en una misma persona se repite varios datos diferentes.

2 Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (NIH) (2015): es una enfermedad que afecta los vasos sanguíneos, sobre todo los de los dedos de las manos y los pies, y que hace que los vasos sanguíneos se contraigan cuando la persona siente: frío, estrés. Puede afectar a personas de cualquier edad. Aparece con más frecuencia en mujeres.

- Ansiedad: 14 casos.
- Operación de los órganos femeninos: 12 casos.
- Estrés Postraumático: 11 casos.
- Depresión: 8 casos.
- Distimia: 2 caso.
- Miedo a quedarse sola: 2 caso.
- Angustia: 5 casos.

Relación de enfermedades caracterizadas por el trastorno de la somatización (Caballero, 2008: 16)

- Asma: 8 casos.
- Alergia: 2 caso.
- Artrosis: 5 caso.
- Colon irritable: 3 caso.
- Reumatismo: 5 casos.
- Artritis: 3 casos.
- Esteatosis hepática: 2 caso.
- Bronquitis crónica: 1 caso.
- Trastorno conversivo: 1 caso.
- Parálisis de la cara: 1 caso.
- Trastorno alimenticio: 1 caso.
- Fobia a las serpientes : 1 caso.
- Miedo a los sitios cerrados: 1 caso.
- Fenómeno Raynaud: 7 casos.
- Colesterol alto: 4 casos.
- Osteoporosis: 6 casos.

8.2 Tabla 2: comparativa de los temas principales recogidos en los talleres de arteterapia del grupo experimental

Evento traumático ³ : (9 casos).
Violencia de género: (4 casos).
Maltrato psicológico: hijos (2 casos); madre (5 casos); percepción de ser desatendidas o abandonadas en la infancia y/o no haber sido queridas (6 casos).
Abuso sexual: (1 caso).
Sentimientos de ambivalencia hacia la madre: hostilidad reprimida, amor/odio: (5 casos).
Rabia y hostilidad reprimida aparecida en las obras: (9 casos).
Miedo a hablar en público, sentimientos de vergüenza, inferioridad y culpa: (8 casos).
Construcción carencial de la identidad: (9 casos).
Fantasías con la muerte: (5 casos).
Metáforas:
-La máscara: sentimientos duales, reprimidos, ambiguos, con un marcado carácter hostil, Falso Self y la somatización: (6 casos).
La fibromialgia:
-La cáscara del caracol: (1 caso)
-La tapa de la caja (metáfora del Falso Self, la protección del mundo interno frente al mundo externo): (1 caso)
-Camino lleno de piedras (síndrome como amalgama de síntomas): (1 caso)
-La Tribu (búsqueda de reconocimiento o de un lugar a través de la enfermedad): (1 caso)
-La ausencia (como acto de evitación a través de la somatización): (1 caso)
-La cara de payaso (como la acumulación de lo somático al máximo extremo que se ha convertido en algo extremadamente horrendo para sí misma y los otros: (1 caso).
De la subjetividad:
-El caracol: impotencia social y el ritmo propio interno frente al mundo externo: (1 caso).
-El ring de boxeo : la amenaza del mundo interno frente al mundo externo: (1 caso).
-La maraña: nudo de la subjetividad, en conflicto, duda, enredado: (3 casos).
-La falta interna: el agujero sin completar, la falta de la construcción subjetiva: (9 casos).
-La mirada: la falta de investidura constitutiva, nutriente para la construcción de un narcisismo fuerte (9 casos).

3 Pérdida de un hijo, padre o madre, cambio de ciudad, abuso sexual, percepción de abandono, maltrato psicológico, violencia de género, etc.,

-Trauma:

- Conflicto mente-cuerpo, deseo de la mente en contraposición de las limitaciones del cuerpo: repercusiones en lo laboral, familiar, personal: (1 caso).
- Sentimientos de angustia, ansiedad y culpa: (9 casos).
- El color negro como representante de conflicto intrapsíquico reprimido: (5 casos).

Hiperactividad:

- Mochila de duracell, caja de la emergencia, muelles, mirar sin ver, muerte simbólica: "no parar" para no querer "ver" y por lo tanto "no sentir": (1 caso).

Abuso sexual:

- La serpiente: metáfora para representar el abuso sexual: (1 caso).
- La falta interna/agujero: agujeros sin cerrar asociados a la tristeza, cansancio, fatiga y fantasías sin elaborar: (1 caso).

La función de la creatividad:

- La caja de la creatividad: puente que conectar el mundo interno con el mundo externo.(1 caso).
- Pirámide: búsqueda de vías alternativas a la fibromialgia, construyéndolas desde la reconstrucción de la base psíquica: (1 caso).
- Puente: el arte como herramienta para construir puentes que posibilita una relación de inclusión social. Puentes donde las pacientes han podido conectar su mundo interno con el mundo externo y no sentirse amenazadas, sino, que han podido generar un espacio donde ha podido posicionarse subjetivamente dentro del marco social donde se viven, y encontrar nuevos sentidos y significados a su historia, y a sí mismas: (5 casos).
- La mariposa: la transformación del conflicto en posibilidad: (3 casos).

Autoagresiones y maltrato al cuerpo:

- No parar de hacer cosas: (9 casos); consumo de drogas: (1 caso); intento de suicidio: (1 caso), la enfermedad: (9 casos);
- Trastorno conversivo: (2 casos).
- Respuestas de somatización: (9 casos).
- Ausencias: abandonar los talleres: (3 casos); ausencias tras sesiones donde se han trabajado con una carga emocional intensa: (6 casos).
- Malestar en relación a la subjetividad femenina: (9 casos).

Trauma transgeneracional:

- Agujero interno: (2 casos).
- El silencio como medio de comunicación: (2 casos).
- La cara de payaso : ese algo que no se puede nombrar, asusta tanto, el rostro del dolor y sufrimiento oculto: (1 caso).
- El tren : la espera, el duelo no elaborado de la pérdida: (1 caso).
- Crisis, Arriba la República: crisis en la cadena generacional que deriva a deestructuración familiar, y caos corporal: (1 caso).
- Laberinto de la desmemoria: la pervivencia del trauma transgeneracional del duelo no elaborado en la figura de un miembro de la familia: (1 caso).

8.3 Relación de los aspectos biográficos, psicológicos y reproductivos más significativo asociados entre los casos con la literatura:

En relación a los aspectos biográficos:

Se ha podido comparar como elementos comunes entre los casos y en relación a la literatura encontrada:

- Distancia emocional con las figuras cuidadoras, siendo esta "distancia" tanto física como emocional, descrita como una "falta del cuerpo a cuerpo" y se recogieron emociones de hostilidad reprimida, odio, enfado, sentimientos de culpa, así como, se ha recogido mecanismo de defensa asociado con la relación de los progenitores: negación, evitación, idealización y represión. La relación la definieron como una relación no cercana e intensa por no entenderse bien. En casi todos los casos de esta investigación se ha observado que el vínculo fallido ha sido predominantemente mayor con la madre, sintiendo las participantes que al padre como un aliado ante la falta materna.

Se ha podido recoger por un lado, como las carencias propias de la construcción subjetiva de la madre han influido en el proceso de construcción de su identidad, -a través de la negación o rechazo de la figura materna como en los casos de Fernanda, Isora, Lleda, María o de la idealización (asociado a hostilidad reprimida subyacente) en los casos de Ana y Herminia.

Se entiende las carencias como efecto traumático portador de los sesgos de género y la madre como transmisora del sistema cultural. Por otro lado, se abordan las carencias como las dificultades propias de la madre que han podido influir en la construcción psíquica de la hija. Se ha podido observar en todos los casos, una no separación a nivel subjetivo con el vínculo materno, que podría haber incidido como bloqueo en el proceso construcción subjetiva. En la mayoría de los casos informaron de la relación con el padre como una relación que les ha dado lo que sus madres no le dieron, pero conforme desarrollaron su proceso creativo y generaron nuevas narrativas de su historia, se pudo recoger contradicciones en este tema. Las contradicciones respondía o bien haber construido una idealización en torno a la figura del padre quien murió cuando era pequeña como en el caso de María o en la adolescencia como en los casos de Isora, y Herminia, que podría representar el duelo no elaborado; o bien respondía en los casos que seguían con vida, a una mirada de sus padres hacía ellas condicionada por sesgos de género, sobre cómo tenían que ser como "hijas" y mujeres" que desde este texto, se recoge como mirara limitante en relación a la construcción de su propia subjetividad. En menor proporción de los casos, describieron la relación con ambos padres como traumática.

- Relaciones interpersonales limitadas. Se ha observado una incoherencia entre las potencialidades, capacidades de las pacientes y el uso de las mismas a nivel social, como por ejemplo han aparecido con frecuencia sentimientos de impotencia, enfado, vergüenza, rabia, odio, inutilidad, sentimientos de limitada autoeficacia. Todas las pacientes asociaron estos sentimientos con un modo de auto maltrato, de auto agresión a ellas mismas que les afectaba a modo de dolor corporal. A raíz de estas narrativas se abre la reflexión entre sesgo de género, y fibromialgia.

- Evento traumático, todas identificaron un evento traumático vivido como suceso desbordante, en un determinado tiempo y como precedente al diagnóstico de la fibromialgia. Se ha recogido desde la muerte del padre; relación tormentosa con la madre; violencia de género; la muerte de un hijo entre los eventos traumáticos principales en esta investigación.

En relación a los aspectos psicológicos:

-Rasgos de la personalidad perfeccionista, sentimientos de vacío interno, descrito como “la falta” asociado a un sin sentido de vida, con la sensación de falta de responsabilidad en sus vidas, con el consecuente sentimiento de indefensión.

El vacío interno ha sido asociado a una falta de construcción subjetiva propia, que en esta investigación se ha denominado como “la identidad usurpada”. Este nombre hace referencia a mujeres que le asignaron el lugar dentro de su hogar de personas que estaban muertas, perpetuándose a través de su persona el trauma sin elaborar (caso de Herminia, Lleda, Fernanda); en otros casos también se observó la subjetividad de las pacientes como anexo a la subjetividad de la madre (Ana, Isora, Herminia, Mary/a) con efectos nocivos para la salud en relación a la no separación del objeto interno (madre) que habría condicionando como obstáculo en el proceso de construcción de subjetivación e individualización; y/o casos que cumplieron la función de chivo expiatorio (Lleda, María, Fernanda).

En relación a los aspectos biológicos:

-La mayoría de las mujeres presentaron problemas médicos relacionados con los órganos femeninos. Hace referencia a todas aquellas intervenciones tipo: quiste de pecho, quiste en los ovarios, problemas postparto relacionados con la vagina, el aparato reproductor femenina en general (puntos, desgarres...), parto, así como su relación con los pechos, con poder dar de mamar a los bebés recién nacidos y/o cumplir funciones de cuidado materno. En algunos casos, el impacto traumático al cuerpo lo identificaron como desencadenante del síndrome pero no en todos los casos, aunque sí es más significativo las asociaciones que se establecieron entre los significados que dieron en sus narrativas, en concreto las partes de su cuerpo que las identifican con su feminidad dañada, sufrida, dolorida, con sentimientos de indefensión y de no haber sido cuidadas (tanto por ellas mismas, como por las personas que esperaban que lo hicieran (personal sanitario, familiares, pareja, etc). Se relacionó también con la poca o nula apetencia sexual, con las limitadas relaciones sexuales en general. A su vez asociado con la dificultad para poder sentir placer, conectar con sus cuerpos, con el auto deseo.



ARTE, AUTORRETRATO Y FIBROMIALGIA.
QUINTA FASE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN.
ESTANCIA DE COLABORACIÓN CON
EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN HAIFA
UNIVERSITY (ISRAEL).

9.1. Introducción:

A través del programa Erasmus Mundus se ha llevado a cabo la última fase de la investigación-acción. Este programa tiene como objetivo la movilización de investigadores por el mundo, con un fin de generar apertura y transferencia de conocimiento entre diferentes países, departamentos y proyectos de investigación. Se sustenta en pilares fundamentales como la transversalidad e interdisciplinariedad de la construcción del conocimiento, para generar sinergias que promueva la transformación social.

9.2 Haifa University:

En un primer lugar, envié el proyecto de investigación a Rachel Lev-Wessel, directora del Máster Internacional de Arteterapia de Haifa University (Israel). Rachel Lev-Wessel, es especialista e investiga actualmente en el área de arteterapia y fibromialgia, a través de diferentes programas de investigación. Tras analizar la propuesta de investigación presentada, encontraron interesante abrir vías de colaboración con el grupo de investigación Emili Sagol, Creative Arts Therapies Research Center, quienes estaban llevando a cabo un proyecto de investigación con mujeres y hombres diagnosticada con fibromialgia en el Hospital de Assaf (Tel Aviv). Finalmente este proyecto fue seleccionado para la obtención de la beca de investigación, dentro de un consorcio donde se asignaban tres becas en total para la presentación de solicitudes de toda Europa.

El programa de investigación que desarrollaban en Haifa se componía por diferentes profesionales de diferentes áreas de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras y arteterapeutas) colaborando de manera interdisciplinar.

Mi estancia tuvo lugar en el año 2013-2014, con una duración total de 6 meses, en los cuales, yo percibiría un salario de 1500 euros mensuales, más los gastos de desplazamiento de España a Israel. A cambio de esta prestación, yo me comprometía:

Formar parte del grupo de investigación, desarrollando tareas dentro del mismo grupo, como la creación de un estudio piloto a través de la técnica del auto retrato con personas diagnosticadas de fibromialgia en el Hospital Assaf, con el grupo Emili Sagol, Creative Arts Therapies Research Center, que ayudase a complementar junto con otras estrategias de recogida de información, la identificación del diagnóstico de la fibromialgia. Este estudio se llevó a cabo de manera interdisciplinar con otros profesionales y el uso del mismo debe de aplicarse dentro de un encuadre multidisciplinar para el abordaje y tratamiento de la fibromialgia.

Impartir docencia en el Master Internacional de Arteterapia de Haifa University. Los contenidos que abordé fueron en torno a arteterapia, fibromialgía, género y psicopatología.

9.3 Metodología:

La metodología del estudio piloto con personas diagnosticadas de fibromialgia en el Hospital Assaf, con el grupo Emili Sagol, Creative Arts Therapies Research Center, ha sido desarrollado en el segundo capítulo de esta investigación (ver capítulo 2).

A continuación se va a exponer los resultados del estudio cuantitativo y discusiones finales de los resultados obtenidos.

9.4 Results:

Table I presents a general description of averages, standard deviations, t values, significance of each indicator. The t values displayed are the results of independent sample t-tests. Significant differences between the groups' drawings were found in the following indicators: body line ($t(34) = 2.75, p = .01$) and posture ($t(34) = 2.28, p = .02$); Individuals who suffered from Fibromyalgia drew themselves with a weaker body line (Study group $M = 4.00$, Controls $M = 3.50(.81)$, $SD = 2.75$) and unstable posture compared to controls. Facial expression was not found to differ between the groups ($t(34) = -.60, p = .55$).

Table 1. Means, Standard Deviations, and t VALUES OF Indicators in the Study and Comparison Groups			
Indicators	Study group	Comparison group	t val.
Body Line	4.00(.00)	3.50(.81)	2.75**
Posture	3.10(1.11)	2.18(1.27)	2.28*
Facial Expression	1.8(.95)	2.0(1.03)	-.60

** $p > .05$. * $p > 2.28$

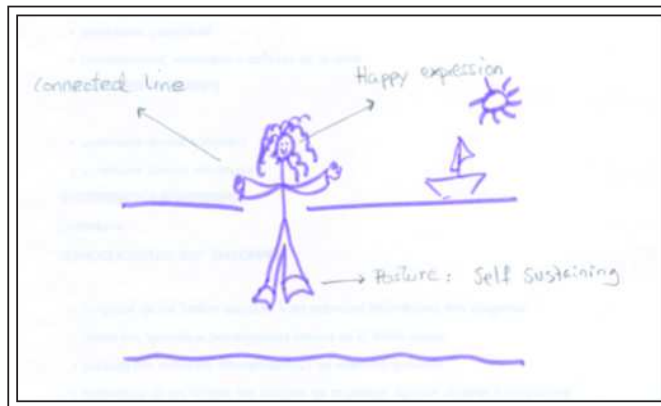


Figure 1

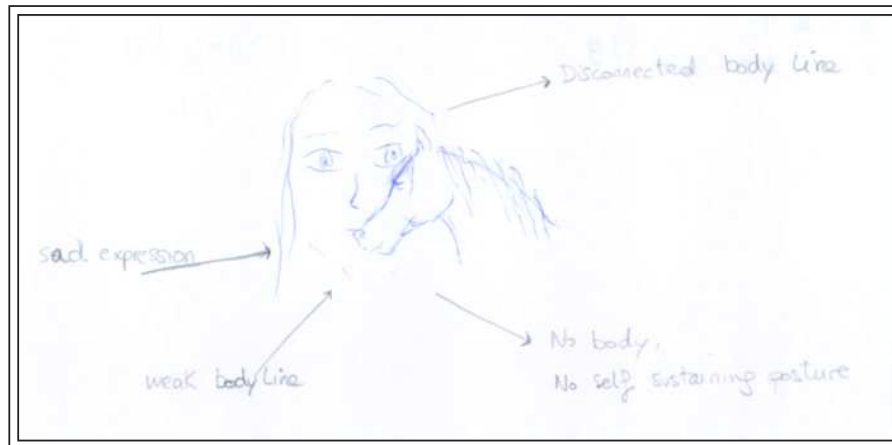


Figure 2

9.5 Discussion:

This pilot study aimed to examine common indicators in human figure drawing created by people who suffer from Fibromyalgia. The results showed that only body line and posture significantly differed between the two groups. It is not surprising that both body line and posture appeared to differ between the groups since the main symptoms of those who suffer from fibromyalgia are physical pain and fatigue. However, it was unexpected that the findings on facial expression were not significant. One possible explanation is that people who suffer from this syndrome often try to hide their illness for fear of being treated as a psychiatric patient (REF). Another possible explanation could derive from the fact that Fibromyalgia is a syndrome that includes different sub groups. Recent works, Muller, Schneider & Stratz (2007) confirm that fibromyalgia is divided into four groups of symptoms: people who suffer from pain sensitivity not associated with an additional psychiatric or psychological disorder that are due to genetic predisposition (vulnerability, genetic-stress-environment); hereditary factor; secondary trauma; physical and emotional trauma (such as accident, surgery, prolonged state of stress, etc).

Both second and third groups suffer from pain and depression. Note that there is evidence showing that the same neurotransmitter is activated in both pain and depression, Burckhardt (1994). The fourth group is associated with a somatoform pain disorder with severe manifestations of previous psychological problems, Egle, (2005); Muller, et al, (2007). It seems that further research should be conducted in order to find indicators within self-figure drawings comparing between the four groups of fibromyalgia. Clearly, the sample size should be enlarged.



CONCLUSIONES

10.1 Objetivo e Hipótesis :

A lo largo de este capítulo se va a responder a los diferentes objetivos e hipótesis de la investigación.

Objetivos generales del cuerpo teórico de la investigación:	Conclusiones generales del cuerpo teórico de la investigación
<p>Construir un cuerpo teórico fundamentado en la práctica de la intervención del arteterapia con las participantes que sufren del síndrome de la fibromialgia.</p>	<p>-Se ha podido analizar información relevante en la mayoría de los casos, de una construcción del apego ambivalente y en el menor de los casos, desorganizado, y en ningún caso se ha observado una construcción de apego sano.</p> <p>-Se ha identificado como mecanismo de defensa: evitación, negación, represión, intelectualización, y somatización. Y como emociones subyacentes: rabia, hostilidad reprimida, angustia, ansiedad, fuertes sentimientos de culpa.</p> <p>-En relación a la percepción interna de ellas mismas frente a las relaciones sociales, se ha recogido emociones comunes en los casos como: miedo a hablar en público, sentimientos de vergüenza e inferioridad, que las pacientes lo asociaron como modo de auto maltrato hacia su cuerpo, porque se 'tragan' las emociones y se hacen daño a sí misma al desvalorizarse.</p> <p>-Todos los casos inicialmente presentaron estrategias de afrontamiento del síndrome pasivo, y al final de los talleres, se pudo observar un cambio hacia una posición más activa y con mayor capacidad de 'agenciamiento'. La creación de imágenes podría haber permitido el desarrollo de un rol activo, y una mayor conciencia de la relación del dolor físico con el dolor emocional.</p> <p>-Una gran mayoría de los casos informaron de ciertas ventajas que la fibromialgia les ha aportado como oportunidad para hacer un crecimiento a nivel emocional. Señalaron que a través de la fibromialgia tuvieron que parar el ritmo de estrés e hiperactividad que llevaban, y al sentirse inmovilizadas, se vieron obligadas a tener que construir y buscar recursos psíquicos para poder afrontarla. Informaron de una movilización emocional en</p>

	<p>detrimento de una inmovilización física. Y los casos que no informaron de la fibromialgia como oportunidad, se observó una posición pasiva y 'víctima' con mayores dificultades para hacer uso del arteterapia como herramienta de posibilidad al cambio.</p> <p>-En todos los casos se ha podido recoger a través de las asociaciones libre de la palabra ligado a su proceso creativo, la percepción de una 'falta interna' a modo de agujero interno y vacío. Y dicha falta interna ha sido asociado como una falta del cuerpo a cuerpo con la madre, y con lo que se ha denominado como 'identidad usurpada', con la no posibilidad de construir un lugar propio porque ha sido investido por el lugar de otro familiar, generando efectos traumáticos en el psiquismo de las pacientes.</p> <p>-Se ha analizado la fibromialgia como un medio por el cual tener un lugar, ser reconocidas, como efecto del desplazamiento de las primeras relaciones vinculares. La enfermedad como vía para buscar de manera inconsciente todo aquello que no recibieron. Aunque sea un medio patológico es un medio por el cual podrían sentir como un lugar ante la angustia del no lugar.</p> <p>-Se ha abierto reflexiones sobre la función de la hiperactividad y la fibromialgia como el revés de la inmovilización, como acción y defensa que ilustraría simbólicamente los efectos traumáticos de las posibles problemáticas producidas en las primeras relaciones vinculares y potenciadas con otros hechos traumatizantes en su 'novela familiar'.</p> <p>-Se ha podido recoger un acontecimiento traumatizante en todos los casos previo a la fibromialgia e identificado por ellas: enfermedad y muerte del padre; violencia física y psicológica; sobrecarga a edades muy tempranas; abuso sexual; muerte de un hijo; enfermedad vírica; operación quirúrgica; y embarazo.</p>
--	--

<p>Justificar y argumentar de una manera cohesionada e unificada las metodologías mixtas, aplicándolas a una propuesta de intervención en arteterapia.</p>	<p>-Se ha podido adaptar los diseños tanto metodológicos como las acciones de intervención prácticas, a la realidad de las personas que se investiga, y centros donde se ha llevado a cabo, por las características de flexibilidad, libertad y versatilidad de acción, tanto en el uso de selección de metodologías como en las técnicas de intervención según el centro institucional y colectivo abordado.</p> <p>-Los beneficios obtenidos se han podido fundamentar a través del método cualitativo, mediante los métodos y estrategias propias del arteterapia; y a través de los atributos cuantitativos, en donde seis de las siete baterías de cuestionarios fundamentan la validez del método de la intervención para la mejoría de la salud de los casos que han participado.</p>
--	--

<p>Adquirir una mayor comprensión de las causalidades y desencadenantes de la fibromialgia mediante el análisis de los estudios de casos en arteterapia.</p>	<p>Elementos comunes encontrados sobre las causalidades y desencadenantes de la fibromialgia:</p> <p>Fallo en los vínculos fundantes: Relación marcada por la no separación con el vínculo materno, caracterizada por una ambivalencia se sentimientos: amor/odio; fusión/separación; idealización/hostilidad reprimida; enfado, ira y culpa.</p> <p>La relación con el padre la han definido como un aliado, donde han encontrado el apoyo no recibido por sus madres, pero también se ha observado como vínculo fallido, al haber sido fallido previamente el vínculo de dos (madre-hija); y otro factor contemplado ha sido el de sesgo de género.</p> <p>Se ha podido establecer una relación entre la construcción del apego y la relación con los vínculos fundantes, con las teorías de las 'relaciones objetales' de Melanie Klein. Se ha trazado posibles relaciones desencadenantes entre la 'fase esquizo-paranoide' y 'depresiva' como fase de la construcción psíquica no resuelta favorablemente, con las problemáticas manifestada por las pacientes con la relación vincular materna (sentimientos de ataque, culpa, hostilidad reprimida, idealización).</p> <p>Consecuencias analizadas:</p> <p>La no reintegración de la figura materna como objeto total, quedando como objeto fragmentado.Desplazamiento del conflicto en las relaciones transferenciales en la vida adulta.</p> <p>Se ha establecido una relación entre la teoría de las relaciones objetales, con la somatización en la fibromialgia con la teoría de Donald Winnicott, quien fundamenta las enfermedades del campo de la psicosomatización como consecuente de fallas en la construcción del objeto transicional:</p> <p>-El infante no ha logrado elaborar la angustia de separación de la figura cuidadora. -Falla entre el mundo interno y el mundo externo.</p>
--	---

	<p>-Los síntomas relacionados con la piel, (quemazón, picor, etc) se han asociado con las dificultades que han manifestado entre como posicionar su mundo interno frente al mundo externo. La piel como la parte del cuerpo límite entre ambas instancias.</p> <p>-Incapacidad de poder hacer proceso secundario (verbalizar ciertas emociones no elaboradas) e incapacidad para simbolizar el conflicto. El cuerpo como lugar ante la imposibilidad de lo no elaborable.</p> <p>-La falta del cuerpo a cuerpo con la madre en la infancia.</p> <p>La no separación de la figura materna como marca estructurante de la construcción de la subjetividad. Se ha recogido información de la subjetividad de las pacientes como anexo de la subjetividad materna y se ha podido asociar con la fibromialgia, como un efecto resultante en las dificultades para la elaboración del duelo, bloqueos en relación a los procesos de separación, diferenciación del otro, y en el acceso a procesos de subjetivación e individualización; así como, la fibromialgia como un medio de búsqueda de un lugar propio, un lugar de reconocimiento través de la enfermedad.</p> <p>Haber recibido fuertes exigencias y expectativas en la infancia, que le han desbordado para la madurez tanto física como emocional que tenían e interiorizadas como mandatos superyoicos que podrían condicionar la construcción de la identidad y sujetos a sesgo de género.</p> <p>Muerte del padre.</p> <p>Trauma transgeneracional.</p> <p>Violencia de género: abuso psicológico, y/o físico y/o sexual.</p> <p>Sobrecarga corporal de trabajos físicos.</p>
--	---

Objetivos específicos del cuerpo teórico de la investigación:	Conclusiones específicas del cuerpo teórico de la investigación
<p>Incluir en el análisis de las imágenes y objetos resultantes de los procesos creativos, las teorías feministas del arteterapia, para analizar cómo a través de las prácticas institucionales, del discurso, y el inconsciente colectivo, ciertos atributos asignados a la mujer pueden influir en la sintomatología corporal, con el fin de abordar la sintomatología del colectivo desde un enfoque pluralista, multifacético e integral del ser humano.</p>	<p>-Se ha analizado en todos los casos una relación vincular con efectos traumáticos con la madre. La relación con el padre se ha recogido más positiva, aunque se encontró posibles factores como: idealización a la figura paterna; aliado como figura que les dió lo que les faltó por parte de sus madres, pero la relación paterna podría haber sido limitante también y condicionada por los efectos de sesgo en el proceso de construcción subjetiva.</p> <p>-A través de este material recogido se podría abrir las reflexiones entre la fibromialgia como enfermedad dentro de la clínica diferencial de la mujer, actuando el género como factor determinante junto a otros factores, para sufrir el síndrome.</p> <p>-El padecimiento de enfermedades corporales en diferentes generaciones familiares y siempre en el género femenino.</p> <p>-Se ha observado una mejoraría y ampliación de su subjetividad, que ha derivado en una transformación de la imagen que ella tenía de sí misma, construyendo otra, donde se han podido percibir con menor amenaza y condicionamiento de la construcción identitaria de negación hacia su madre.</p> <p>-Se ha podido analizar la construcción de una imagen más fortalecida, con mayor conciencia de sus deseos y necesidades. A raíz de estos beneficios se valoró la función del arte como herramienta para la reconstrucción de aspectos psíquicos que posibilitaría la separación de ciertos elementos bloqueadores en la base de la subjetividad, y la posibilidad del uso del arte como medio para la construcción de la subjetividad propia, separada a la identidad materna.</p> <p>-Se ha recogido como narrativas resultantes de las obras creadas temas que hacía referencia a la frustración que sentía como madres (por no cumplir con el ideal materno de cuidado</p>

	<p>hacia la familia); mujeres (no cumplir con los deseos sexuales de la pareja); y a nivel físico (daño en órganos femeninos: pecho –no poder amamantar-ovarios, miomas, etc.,).</p>
<p>Analizar en los dibujos si los indicadores seleccionados aparecen con mayor frecuencia en las personas que sufren fibromialgia que en las personas que no tienen el síndrome.</p>	<p>Dos de los tres indicadores seleccionados (a) postura corporal, y, (b) las cualidades de las líneas del dibujo de contorno del cuerpo humano, pueden utilizarse como herramienta de observación complementarias, a través de los dibujos monocromáticos de autorretrato del test' Draw-A-Person. DAP' (Machover, 1949) para contribuir, junto con otros medidores, para el diagnóstico del síndrome de fibromialgia.</p>
<p>Evaluar variables (físicas, psicológicas y niveles del dolor) en relación a la sintomatología de la fibromialgia para poder establecer una línea en el tiempo que determinase la situación previa a cómo se encontraban anterior a la intervención de la terapia, situación posterior a la intervención y situación tres meses después de la finalización de la terapia.</p>	<p>Variable depresión:</p> <p>El nivel de la depresión del grupo experimental ha sido sustantivamente menor que el del grupo control. En el postest 2, el porcentaje del tratamiento con arteterapia ha hecho que el 80% de las mujeres del grupo experimental experimente una mejoría de sus niveles de depresión de sus iguales del grupo control.</p> <p>Variable salud física y emocional:</p> <p>Se ha recogido la presencia de algunas respuestas en el grupo de control que indican una mejora de la salud física y emocional de algunas respuestas del grupo experimental que indican un empeoramiento de la salud física.</p> <p>Variable calidad de vida:</p> <p>El tratamiento con arteterapia ha hecho que el 85% de las mujeres del grupo experimental tengan una percepción de su calidad de vida superior a la de sus iguales del grupo control.</p> <p>Variable estrategias de afrontamiento de la fibromialgia:</p> <p>El grupo experimental ha presentado un mejor afrontamiento del dolor que el grupo control en las dos comparaciones y que, además, hay evidencias empíricas suficientes como afirmar que se deba a la intervención con el tratamiento de arteterapia. Se podría afirmar que, tanto en el postest1, como en el postest 2, el tratamiento con arteterapia ha hecho que más del 95% de las mujeres del grupo experimental tengan un mejor</p>

	<p>afrontamiento del dolor que sus iguales del grupo control.</p> <p>Variable impacto de la fibromialgia (FIQ):</p> <p>Se podría afirmar que en el posttest 2, el tratamiento con arteterapia ha hecho que más del 80% de las mujeres del grupo experimental tengan presente un estado de salud menos afectado en sintomatología del síndrome de fibromialgia que sus iguales del grupo control.</p> <p>Variable ansiedad rasgo y estado:</p> <p>El grupo experimental (el que se ha sometido a la intervención de arteterapia) presenta un nivel de ansiedad, tanto como rasgo, como estado, menor que las mujeres del grupo control. El tratamiento con arteterapia ha hecho que más del 85% de las mujeres del grupo experimental tengan menores niveles de ansiedad (rasgo y estado) que sus iguales del grupo control.</p> <p>-Las participantes, tanto en su diario artístico como en cuestionario rellenado a mitad de los talleres, como verbalmente, afirmaron haber experimentado alivio y beneficios en la sintomatología del dolor en el transcurso de los talleres de arteterapia.</p> <p>-Informaron que a través de la observación de las obras y de las narrativas creadas en torno a ellas, pudieron darse cuenta que estaban malas antes de ser diagnosticadas de la fibromialgia, porque el ritmo de vida que llevaban de hacer muchas cosas al mismo tiempo, estrés, y querer ser las mejores en todo, tampoco era un estado saludable.</p> <p>Pudieron tomar conciencia que en esa etapa de su vida sufrían mucho a nivel emocional y después, con la fibromialgia, estaban sufriendo emocionalmente y físicamente.</p>
--	--

<p>Construir la fundamentación de los multicazos mediante el cruce y combinación de la información entre los diferentes casos entre sí, la literatura y las notas de la investigadora-arteterapeuta.</p>	<p>En relación a los aspectos biográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se ha podido comparar como elementos comunes a la literatura encontrada: limitaciones en las relaciones interpersonales, desproporción entre las capacidades potenciales y el uso de las mismas (sentimiento de limitada autoeficacia); sentimientos de frustración impotencia, enfado, y sensación de inutilidad. - Evento traumático, identificaron como un evento vivido como desbordante, en un determinado tiempo y como precedente al diagnóstico de la fibromialgia. - Distancia emocional con las figuras cuidadoras, siendo esta "distancia" tanto física como emocional, descrita como una "falta del cuerpo a cuerpo" y se recogieron emociones de hostilidad reprimida, odio, enfado, sentimientos de culpa, así como, se ha recogido mecanismo de defensa asociado con la relación de los progenitores: negación, evitación, idealización y represión. La relación la definieron como una relación no cercana e intensa por no entenderse bien. En casi todos los casos de esta investigación se ha reforzado en relación a los resultados de la literatura, que el vínculo fallido ha sido predominantemente mayor con la madre, sintiendo las participantes que al padre como un aliado ante la falta materna. <p>En menor proporción de los casos, describieron la relación con ambos padres como traumática.</p> <p>En relación a los aspectos psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rasgos de la personalidad perfeccionista, sentimientos de vacío interno, descrito como "la falta" asociado a un sin sentido de vida, con la sensación de falta de responsabilidad en sus vidas, con el consecuente sentimiento de indefensión.
--	--

	<p>En relación a los aspectos biológicos:</p> <p>-La mayoría de las mujeres presentaron problemas médicos relacionados con la feminidad. El término de feminidad hace referencia a todas aquellas intervenciones tipo: quiste de pecho, quiste en los ovarios, problemas postparto relacionados con la vagina, el aparato reproductor femenina en general (puntos, desgarres...) así como su relación con los pechos, con poder dar de mamar a los bebés recién nacidos y/o cumplir funciones de cuidado materno. En algunos casos, el impacto traumático al cuerpo se identificó como desencadenante del síndrome pero no en todos los casos, aunque sí es más significativo las asociaciones que se establecieron entre los significados que daban en sus narrativas, en concreto las partes de su cuerpo que las identifican con su feminidad dañada, sufrida, dolorida, con sentimientos de indefensión y de no haber sido cuidadas (tanto por ellas mismas, como por las personas que esperaban que lo hicieran (personal sanitario, familiares, pareja, etc). Se relacionó también con la poca o nula apetencia sexual, con las limitadas relaciones sexuales en general. A su vez asociado con la dificultad para poder sentir placer, conectar con sus cuerpos, con el auto deseo.</p> <p>-Pudieron tomar mayor conciencia del componente emocional implicado en el sufrimiento de la fibromialgia, y valorar la función de la creatividad en la terapia, como una vía para poder desbloquear su psiquismo.</p>
--	---

<p>Objetivos generales del estudio de campo:</p>	<p>Conclusiones específicas generales del estudio de campo:</p>
<p>Promover la experiencia emocional integradora.</p>	<p>-Se ha podido observar que al inicio de la terapia, una relación entre producciones marcadas por características rígidas, hieráticas, cerradas, compactas, herméticas, poca permeabilidad entre los colores/formas/elementos asociado a características psíquicas como: el perfeccionismo, unilateralidad o desviación en las percepciones sobre cómo era su realidad, sus relaciones con el otro, pudiendo estar condicionado por material inconsciente en conflicto. Conforme avanzaron los talleres, se ha podido recoger unos cambios en las producciones estéticas de las obras, con una mayor: permeabilidad, integración, equilibrio y unificación. Las pacientes asociaron estas últimas producciones, con una mejoría en su estado emocional, relacionado a: una mayor comprensión, autoconocimiento de sí misma, mejor auto gestión de sus emociones, ampliación y ordenación de aspectos de su subjetividad, disminución de los síntomas de la depresión; mejoría en la gestión de las limitaciones de la fibromialgia y mayor fuerza, decisión en sus vidas.</p> <p>-Han podido identificar aspectos de su subjetividad en conflicto, ordenarlos y resinificarlos, como: el valor de los colores, relacionados con emociones significativas en su novela familiar, con el dolor, la somatización, el trauma y la fibromialgia.</p> <p>-Se pudo observar una tendencia en las primeras fases del taller de un discurso por parte de las pacientes caracterizado por la contradicción, dicotomía, sin conexión entre unas partes con otras y sin posibilidad de sostener la contradicción como partes fragmentarias de la persona, así como, una constante tendencia a la idealización o negación de sus emociones.</p> <p>-Conforme avanzaron los talleres se pudo recoger que pudieron conectar con material en conflicto reprimido y hacer un cambio</p>

	<p>tanto a nivel plástico como narrativo, con una mayor disminución de la tendencia fragmentaria, dicotómica en otra posición, donde podían sostener con mayor capacidad las diferentes partes de sí misma, con mayor posibilidad de poder posicionarse en lugares neutros y no tan oscilantes como posiciones subjetivas marcadas por: o el idealizar o el negar o somatizar.</p> <p>-En la fase final de los talleres, se pudo recoger la simbolización, elaboración de ciertas emociones que no podía conectar, dando lugar a procesos de integración de las mismas, siendo informado por ellas como un aumento de: claridad, fuerza, seguridad, capacidad para poner los límites a los otros, tomar decisiones, manejar mejor las limitaciones del síndrome, disminución de los trastornos y respuestas de somatización y de los niveles de depresión.</p>
<p>Desarrollar las capacidades creativas.</p>	<p>-Todas las pacientes han desarrollado la capacidad de la creatividad a lo largo de los talleres, y le ha proporcionado la construcción de nuevos recursos, habilidades y destrezas para gestionar mejor su mundo emocional y la enfermedad.</p> <p>-En arteterapia se trabajó la capacidad de la creatividad desde la salud en lugar de la patología y ello, ha posibilitado que las pacientes pudiesen conectar con áreas internas y lugares no fijados al diagnóstico, desarrollando un proceso de construcción interna y ampliación de su subjetividad fuera de los límites del mismo y más conectados con la capacidad de jugar, como capacidad para reinventarse y transformarse internamente.</p> <p>-El espacio de los talleres le ha permitido incorporar la creatividad como herramienta óptima en su vida para gestionar el dolor, mediante un reforzamiento del Yo, de la autoestima, y la construcción de un espacio propio de seguridad independiente a la respuesta del Otro.</p> <p>-Los beneficios de la función de la creatividad ligada a la salud, han sido descritos como un despertar interno. Han sentido que</p>

	<p>algo estaba adormecido se despertó y ello le permitió construir nuevos recursos para gestionar las dificultades que tenía, y empezar a adueñarse de su vida.</p> <p>-A través de la toma de conciencia de material somático asociado a la fibromialgia, desarrollaron estrategias y recursos interpersonales para poder afrontar sus vidas, de una manera alternativa a la enfermedad.</p> <p>-La creatividad ha sido asociado a áreas sanas, donde han identificado fortaleza y potencia psíquica y han hecho uso de esas áreas para construir recursos que le han permitido un mayor agenciamiento de sí mismas.</p> <p>- Las pacientes informaron que el proceso creativo, les permitió hacer un viaje hacia el pasado, revivir momentos traumáticos (de fijación subjetiva) y volver al presente, a través de la creación de la obra, con un mayor autoconocimiento, conciencia, fortalecimiento y capacidad para la autogestión emocional.</p> <p>- A través del proceso creativo y las obras resultantes ha podido darse cuenta de las resistencias manifestadas, convirtiéndolas en represiones conscientes. Ello, ha permitido progresivamente acercarse a áreas emocionales con menor dificultad y respuestas de somatización.</p> <p>-Pudieron tomar mayor conciencia del componente emocional implicado en el sufrimiento de la fibromialgia, y valorar la función de la creatividad en la terapia, como una vía para poder desbloquear su psiquismo.</p>
--	---

<p>Acompañar en la construcción de nuevas dimensiones personales.</p>	<p>-A través de los talleres, las pacientes han podido desarrollar el proceso creativo ligado a la auto expresión artística, que les ha posibilitado identificar material intrapsíquico en conflicto, comprender mejor su malestar, y construir otras posibilidades alternativas a la somatización para abordar el sufrimiento interno.</p> <p>-A través de la creación de las obras, han podido trabajar con la imagen corporal internalizada y reconstruir otra imagen más acorde a la identificación de sus deseos y necesidades.</p> <p>-El grupo de arteterapia, le permitió mejorar las relaciones sociales, reconocer ciertas características propias de la fibromialgia y contrastarlas con otras pacientes que no tenía la misma enfermedad, aceptando y respetando la diferencia con el otro.</p> <p>- A través de los talleres se ha observado un cambio de la hiperactividad, acción constante y autoagresión al cuerpo a otro donde se ha observado actos de poder pararse, aumentar la introspección, pensarse con menor resistencias, encontrar nuevas vías donde poder crecer interiormente, y desbloquear conflictos que la alienaban en una repetición de los mecanismos de defensa de la negación y la evitación.</p> <p>-El proceso de cambio de los condicionamientos de los objetos internos, podría haber tenido lugar por la reactualización de las primeras relaciones vinculares transferidas en la obra y en la terapeuta, y las posibilidades que aporta la función de la creatividad como factor terciario, para reconstruir nuevos modos de vinculación tras la simbolización, recreación y reelaboración de conflictos intrapsíquicos.</p> <p>-Las pacientes informaron que el espacio del taller como un espacio para la introspección de la búsqueda interna. La posibilidad de mirar hacia dentro a través de la expresión artística, se presentó como un nuevo registro alternativo a la búsqueda de suplir su falta desde el exterior como había tendido a hacer hasta ahora en sus vidas. Describieron beneficios de este cambio como: una mayor tranquilidad,</p>
---	---

<p>Acompañar en el desarrollo de proyectos vitales.</p>	<p>-El arteterapia le ha ayudado a poder conectar con emociones internas dolorosas, y elaborarlas a través del proceso creativo para poder pensarse a sí mismas y reformular sus deseos y necesidades desde una posición más consciente y con mayor capacidad de auto-gestión.</p> <p>-Han desarrollado un proceso dinámico, en movimiento, modificando la posición inicial de percibir su propia vida, hacia otras posibilidades de poder mirar sus obras y narrar sus historias.</p> <p>-A través de la asociación libre de ideas, han podido identificar actitudes, emociones y conductas dentro del taller y relacionarlos con circunstancias vitales externas a dicho espacio y tomar conciencia de sus consecuencias en relación a la sintomatología del dolor. Todo ello, le ha permitido deconstruir narrativas fijadas y abrir nuevas posibilidades, construir nuevas miradas y narrativas desde donde poder posicionarse internamente frente al mundo exterior.</p>
<p>Orientar el uso del arte en su habilidad para presentar de una manera organizada diferentes aspectos de la subjetividad.</p>	<p>-Se ha podido establecer mediante la asociación hecha por las pacientes, la relación entre el color negro con material intrapsíquico reprimido, en conflicto, asociado a efectos traumáticos y con la fibromialgia.</p> <p>-El negro ha aparecido a modo de mancha o fragmentos que les ha posibilitado poder poner palabra a emociones que no estaban elaboradas. La recreación y reelaboración del color negro (en las diferentes formas que han aparecido), le ha permitido tomar conciencia de material reprimido y llevar a cabo procesos de integración del material intrapsíquico.</p> <p>-A través del arteterapia han accedido a un mayor autoconocimiento de sí misma mediante la auto expresión artística, que le ha posibilitado ordenar aspectos de su subjetividad que estaban en conflicto.</p>

	<p>-A través de las imágenes han podido crear nuevas narrativas y significados de su historia vital, dotándole de nuevos sentidos.</p> <p>-Ha encontrado interesantes sus obras y ello le ha derivado a encontrar interesantes y significativas sus emociones. A través de las obras han aumentado el interés y valía hacia sí misma que le ha posibilitado vincularse con el mundo con mayor sentido.</p> <p>-Las pacientes informaron de ciertos beneficios de cambios internos a través de la interacción con las otras pacientes, en donde a modo de aprendizaje podía incorporar las resonancias grupales de los cambios que observaban que las otras pacientes habían hecho y hacer uso de los mismos como modelo y oportunidad para replantearse sus problemas y buscar otras salidas.</p> <p>-Señalaron que estar con mujeres con la misma enfermedad les ayudó a comprender mejor la irrupción de los síntomas en su cuerpo y disminuir la ansiedad, y miedos que estaban experimentando, porque encontraron una vía de apoyo, acompañamiento y empatía para poder normalizarlos y gestionarlo mejor.</p>
<p>Construir otras vías de comunicación alternativas a la palabra, mediante el lenguaje no verbal.</p>	<p>-Las imágenes han actuado con diferentes funciones: "diagramaticales", "corporeizadas", "reminiscencia", "destinadas a otro", "chivo expiatorio". A través de las imágenes las pacientes han podido poner palabra a emociones que no estaban elaboradas y construir nuevos modo de comunicarse consigo mismas y con los otros, alternativos a la palabra.</p> <p>-Las imágenes han actuado como puentes conectores con su inconsciente, que les ha posibilitado el acceso a nuevas vías de autoconocimiento y autoexpresión de sí mismas.</p> <p>-Las imágenes han actuado como vehículos de construcción de recursos interpersonales, que le ha posibilitado la creación de puentes que han mejorado la comunicación entre su mundo interno y el mundo externo. Les ha ayudado a gestionar mejor las dificultades</p>

	<p>que presentaban en relación a como posicionarse internamente frente al mundo exterior.</p> <p>-Las imágenes han actuado como función de espejo que ha posibilitado por un lado, una devolución de su estado emocional (metáfora de su imagen interna) y por otro lado, con una función de "metonimia", como un lugar donde poder depositar el material intrapsíquico no elaborado en conflicto y somático. La función de metonimia ha posibilitado transferir el dolor corporal de las pacientes, (el cuerpo somático) a la obra (como sustituto de cuerpo somático a otro simbólico) y abrir vías de desplazamiento alternativas a la somatización y abrir posibilidades para llevar a cabo procesos de simbolización y reelaboración a través de la transformación de la materia plástica.</p> <p>-La obra entendida como cuerpo metonímico simbólico al cuerpo real (somático), posibilita por un lado, la separación con lo somático al ser desplazado en otro cuerpo y sublimado a través de la creación; y por otro lado, posibilita la incorporación o agregación de nuevos elementos (la creatividad como un proceso terciario), construido a través de la toma de conciencia (insigth) con un fin de transformación, reparación e integración.</p> <p>-Han podido construir nuevas formas de comunicación a través de la expresión artística mediante el reconocimiento, identificación de ella misma en la obra creada y la toma de conciencia de aspectos inconsciente.</p>
--	---

<p>Orientar el trabajo creativo con la función de reparación, entendiendo el trabajo como una "recreación".</p>	<p>-A través de un espacio de sostén, acompañamiento y seguridad, se ha trabajado con las pacientes en un proceso de tres partes: identificación con el malestar; conexión con emociones y material intrapsíquico en conflicto; y la recreación, reelaboración de dicho material para llevar a cabo procesos de reparación e integración interna.</p> <p>-A través del proceso creativo, las pacientes han desarrollado la capacidad de expresar material inconsciente a través de la creación de las obras.</p> <p>Mediante la relación transferencial entre paciente y obra, cierto material somático podría haber sido transferido en la obra posibilitando que la paciente pudiese ver "momentáneamente" aspectos internos de su subjetividad. Al trabajar las emociones proyectadas en la obra, inherentemente han trabajado y transformado sus emociones a nivel interno.</p> <p>-A través del arteterapia han podido construir nuevos recursos que le han permitido posicionarse en un lugar con menor alienación a sus objetos internos y por lo tanto, le han permitido explorarse a sí misma desde una posición más separada, autónoma y cercana a sus necesidades.</p>
---	---

Objetivos generales del campo profesional	Conclusiones específicas del campo profesional
<p>Visibilizar el potencial del arteterapia en el campo de la salud y para la integración social.</p>	<p>-El proyecto de investigación se ha llevado a cabo a nivel práctico, en diferentes dispositivos tanto privados como públicos generando una comunidad de transferencia de conocimientos favorables en torno a las potencialidades del arteterapia, como herramienta para transformación e integración de material intrapsíquico.</p> <p>-La investigación ha causado un impacto a través del desarrollo de la misma, en instituciones relacionadas al campo de la salud, social, educación y artístico.</p> <p>-Se ha podido detectar que seis de las nueve pacientes que participaron en los talleres, se han beneficiado del potencial del arteterapia, obteniéndose resultados notables en cuatro de los seis estudios de caso.</p>
<p>Fundamentar la aplicabilidad del arteterapia como una terapia efectiva dentro de un tratamiento multidisciplinar para las personas que sufren fibromialgia</p>	<p>-Este proyecto de investigación ha sido llevado a cabo con la colaboración de diferentes profesionales de diferentes campos de la salud, educación, social, y del arte; y por diferentes grupos de investigación. La interdisciplinariedad ha favorecido una transferencia de comunidad de conocimientos con una aplicabilidad práctica, a modo de referencia a otros profesionales e investigadores.</p>

<p>Validar la práctica del arteterapia por expertos en la materia y despertar, de tal modo, el interés por este campo en diferentes sectores institucionales: universidades, asociaciones, congresos, hospitales, etc.</p>	<p>-Se ha participado con contenidos de esta investigación en la publicación de artículos, jornadas, y congresos especializados en el campo del arteterapia.</p> <p>-Se ha participado con contenidos de esta investigación en Master en Arteterapia para el Diálogo y la Inclusión Social, en la Universidad de Sevilla y en el programa de formación continua de arteterapia, de la Universidad Complutense de Madrid.</p> <p>-Ha habido una receptividad para la intervención en arteterapia en la asociación granadina de fibromialgia, Hospital Virgen de las Nieves (Granada); Hospital Assaf (Tel Aviv), en donde se ha generado una transferencia de conocimientos entre ambos con un impacto de cambio tanto en el ámbito institucional, en las personas que han participado como en el ámbito social por la devolución del trabajo realizado a través de la publicación de artículos y la difusión del contenido en espacio especializado en el campo del arte y salud.</p> <p>-A raíz de esta investigación, se aprobó el primer curso de introducción en arteterapia en la Universidad de Granada (2012) y tras la realización del mismo se siguen desarrollando consecutivamente cada año dos cursos de formación, hasta la culminación de la creación de una formación más extensa, teniendo lugar el primer Master en Arteterapia para la Intervención Social, Clínica y Psicoeducativa.</p>
--	---

Objetivos específicos del campo profesional de la investigación:	Conclusiones específicas del campo profesional de la investigación:
<p>Contribuir a una mejora de la situación clínica de las pacientes que participan en la investigación, mediante la intervención práctica en el campo del arteterapia.</p>	<p>-Se ha observado una disminución de los procesos de somatización, del dolor y depresión.</p> <p>-Las pacientes reflexionaron sobre las funciones de la fibromialgia como tapadera o excusa para no afrontar sus vidas y adueñarse de las mismas, produciéndose cambios de un rol y estrategias de afrontamiento pasivo a otro activo.</p> <p>-Tomaron conciencia de la relación entre lo emocional con lo corporal, como un todo.</p> <p>-Se produjo un aumento de amor propio y deseo de auto cuidarse, solicitando una continuación de los talleres para seguir trabajando su mundo emocional.</p> <p>- Se observó una disminución de la angustia y ansiedad en torno al impacto de la fibromialgia en sus vidas, aprendiendo a gestionar mejor los síntomas y produciéndose por tanto, una mayor calidad de vida.</p> <p>-Se ha recogido en una mayoría de los casos una mejoría física y emocional y la disminución del tratamiento farmacológico en relación al grupo control.</p> <p>-Han podido a través de los talleres armonizar las partes malas con las partes buenas, que se expresasen e identificasen así misma no tanto desde la contradicción, y/o rechazo de las mismas, sino como partes de sí con una mayor capacidad de sostenimiento y aceptación de las mismas. Se ha observado una disminución de las resistencias para identificar material inconsciente en relación a aspectos autobiográficos e identitarios y llevar a cabo procesos de elaboración y transformación, con las consecuentes beneficios en la mejoría de rehabilitación al sentir un alivio del dolor, mayor bienestar, disminución de los constantes ingresos a urgencias por trastornos conversivos.</p>

	<p>-El grupo de arteterapia le ha posibilitado un foro por el cual, abordar temas existenciales y problemáticas en torno a dificultades (sentimientos de vergüenza, inseguridades, miedo a hablar en público, sensación de estar apartada, soledad, etc) para adaptarse socialmente. Compartirlo en el grupo, y trabajarlas a través del proceso creativo, ha posibilitado una mejoría en sus relaciones sociales, asociado a una mayor tranquilidad emocional.</p> <p>-Han señalado un aumento en los niveles de seguridad, de toma de decisiones, participación y adaptación en los grupos sociales.</p> <p>-Se ha observado una mejoría a nivel emocional, donde ellas lo asociaron con una mejoría a nivel físico (disminución de los trastornos de funcionales, dolor, tensión muscular y niveles de depresión).</p> <p>-Los beneficios obtenidos se han podido fundamentar a través del método cualitativo, mediante los métodos y estrategias propias del arteterapia y a través de los atributos cuantitativos, en donde seis de las siete baterías de cuestionarios fundamentan la validez del método de la intervención y de los resultados obtenidos.</p> <p>-Han podido a través de los talleres armonizar las partes malas con las partes buenas, disminuir las resistencias para identificar material inconsciente en relación a aspectos autobiográficos e identitarios y llevar a cabo procesos de elaboración y transformación, con las consecuentes beneficios en la mejoría de rehabilitación al sentir un alivio del dolor, mayor bienestar, disminución de los constantes ingresos a urgencias por trastornos conversivos.</p>
--	---

<p>Visibilizar la importancia de la perspectiva de género como herramienta para posibilitar una mayor eficacia en la práctica profesional en el ámbito clínico.</p>	<p>-Se han podido trazar los nexos entre género (la similitud del sufrimiento silenciado y el deterioro de la salud, y enfermedad multiorgánica, y el componente de la inversión de la agresión hacia el cuerpo), con el campo de la psicósomática y la fibromialgia como esa piel o lugar donde se trataría de proteger de manera dañina la no elaboración de lo no permitido, lo no nombrado que solo encontraría en el cuerpo y en el síntoma los medios, por el cual, comunicar el dolor existencial, la identidad usurpada, la otredad del vacío y el silenciamiento de su ser.</p>
<p>Generar una demanda laboral de la figura del arteterapeuta mediante la creación de un cuerpo bibliográfico fundamentado.</p>	<p>-A través de esta investigación se ha creado dos modelos posibles de intervención validados adaptados al ámbito asociacionista y hospitalario. Se ha creado tres registros de recogida de información en arteterapia para la intervención con mujeres que sufren fibromialgia. Estos diseños metodológicos, posibilitarán una guía de referencia validada por supervisores expertos en esta materia, a los profesionales del campo del arteterapia, para llevar a cabo sus intervenciones, en donde podrán fundamentar con mayor rigor sus prácticas de intervención con el colectivo de la fibromialgia.</p> <p>-A través del proyecto de investigación se ha despertado un interés por parte de la Universidad de Granada, que ha generado la creación de una formación profesionalizante en arteterapia, en donde se formarán a futuros arteterapeutas capaces de acompañar, sostener y llevar a cabo intervenciones de manera eficaz y con la seguridad requerida en arteterapia.</p>

<p>Objetivos generales del campo científico:</p>	<p>Conclusiones específicas del campo científico:</p>
<p>Proporcionar una herramienta a través del arteterapia que pueda contribuir a ayudar a los diferentes campos de salud aumentar una mayor comprensión del síndrome de la fibromialgia.</p>	<p>-Esta investigación presenta 2 modelos de intervención en arteterapia y 1 modelo en el estudio del autorretrato para la identificación de indicadores en fibromialgia: 1)ámbito asociacionista (Asociación Granadina de Fibromialgia); 2)ámbito clínico (Hospital Virgen de las Nieves, Granada); 3)estudio de indicadores, (Hospital Assaf, Tel Aviv). Cada encuadre ofrece a futuros investigadores y profesionales en el campo de la fibromialgia, tres modelos de referencia para intervenir en dichos ámbitos sociales.</p> <p>-En cada uno de los modelos de referencia se ha hecho uso de la metodología mixta; se ha diseñado registros cualitativos de recogida de información de la intervenciones prácticas adaptados a los encuadres; se ha hecho una devolución de los conocimientos extraídos generando una vías de conocimiento y de aprendizaje, encaminadas al cambio y transformación tanto en los/as participantes como en los centros institucionales donde se ha intervenido.</p> <p>-Se ha generado un cuerpo teórico validado en la práctica a través de un trabajo interdisciplinar entre profesionales e interdepartamental de diferentes países.</p> <p>-Los profesionales del campo de la salud y el arte que intervinieron con personas con fibromialgia, han podido aumentar sus conocimientos a través de las diferentes acciones de intercambio de información y realización de tareas analíticas y colaborativas de investigación.</p>

<p>Contribuir a mejorar la situación de las personas que sufren del síndrome mediante la intervención en arteterapia.</p>	<p>-El arteterapia se ha presentado como una herramienta a través del arte donde las pacientes, han podido conectar con su mundo emocional y comprender mejor su dolor de una manera integral. El aumento de conciencia de las características somáticas y en conflicto, les ha permitido hacer procesos de cambio y transformación interna que ha repercutido en cambios en los niveles de dolor, fatiga, respuestas de somatización hacia el cuerpo y en la mejoría de las estrategias de afrontamiento de la fibromialgia, oscilando desde una posición pasiva a otro activa, en donde tras la intervención, pueden agenciarse mejor de sí mismas.</p>
<p>Incorporar a la literatura un test proyectivo mediante el método del autorretrato aplicado en la investigación, que ayude a los diferentes profesionales de la salud a una mayor identificación del síndrome de la fibromialgia y por ende, a mejorar la asistencia hacia el colectivo.</p>	<p>-Se ha creado con el grupo de investigación Emili Sagol, Creative Arts Therapies Research Center, en colaboración con el departamento de Arteterapia de Haifa University, en el Hospital Assaf (Tel Aviv), un estudio piloto que ha posibilitado, mediante una muestra cuantitativa, señalar como válidos, dos de los tres indicadores establecidos -postura corporal, y, las cualidades de las líneas del dibujo de contorno del cuerpo humano-, para la identificación a través del auto retrato de características ontológicas de la fibromialgia.</p>

Objetivos específicos del campo científico:	Conclusiones específicas del campo científico:
<p>Describir el proceso doctoral, las limitaciones, dificultades, aspectos que no han sido beneficiosos, así como, los usos, potencialidades y aspectos relevantes para contribuir como guía o referencia a futuros investigadores en este campo; y a profesionales como base de fundamentación para el impulso de propuestas de intervención en arteterapia con el colectivo de la mujer.</p>	<p>-En cada una de las fases de la investigación-acción, se ha descrito el proceso de realización, teniendo en cuenta los aspectos transferenciales y contratransferenciales de la terapeuta frente al estudio de investigación que podrían, junto con otros factores, como las características horizontales y verticales de los centros de intervención, así como, las personas que participan, interferir a modo de sesgos o deslindes.</p> <p>-Se ha tratado de crear una narrativa etnográfica experiencial, para recoger las dificultades suscitadas y como las mismas podrían influir en alguna manera, en el transcurso y proceso de obtención de los resultados.</p> <p>-Se han señalado como factores propios de la metodología cualitativa, en donde el/la investigadora con el mero hecho de su presencia y sus conocimientos como herramienta de acción, cambian y transforman el fenómeno de estudio.</p> <p>-La información recogida a nivel transferencial y contratransferencial, así como, los estudios de casos, se han supervisado por arteterapeutas clínicos y ha sido información clave para crear los análisis, resultados y conclusiones de la investigación.</p>

<p>Aportar al campo de la literatura un estudio novedoso y pionero mediante un punto de partida metodológico mixto.</p>	<p>-Esta investigación se presenta novedosa en tres frentes:</p> <ol style="list-style-type: none">1) En el uso de metodología mixta en arteterapia. Presenta una orientación principal cualitativa, intercalada con atributos cuantitativos para analizar y contrastar los resultados cualitativos.2) La intervención en arteterapia y fibromialgia, siguiendo pautas de modelo de un estudio anterior en danza movimiento y fibromialgia, que suponen los primeros referentes en el campo de arteterapia.3) Como estudio anexo a la investigación principal, se presenta novedoso la técnica del auto retrato, junto con otras herramientas, para el diagnóstico de la fibromialgia.
---	--

Hipótesis de trabajo:

<p>El arteterapia a través de su habilidad de hacer consciente material inconsciente puede aumentar el entendimiento de las características somáticas del síndrome.</p>	<p>-Las pacientes han podido asociar material intrapsíquico reprimido a través del arteterapia, con características somáticas relacionadas a la fibromialgia y a acontecimientos traumáticos.</p> <p>-Todas las pacientes pudieron tomar conciencia de la relación existente entre el cuerpo y la mente.</p> <p>-Todas las pacientes pudieron conectar con material intrapsíquico en conflicto, relacionado con procesos de somatización, identificarlo, acceder a un mayor conocimiento de sí mismas y movilizarlo a través del arteterapia.</p> <p>-Identificando el estrés, la hiperactividad, la hiperexigencia hacia sí mismas como factores que aunque no les limitaba físicamente como en su estado actual lo hacía la fibromialgia, era factores también limitantes a nivel emocional, donde sentían que no tenían el control de sus vidas, ni podían gestionarla de otro modo diferente.</p>
---	---

<p>El arteterapia puede ser una terapia efectiva para un tratamiento multidisciplinar de la fibromialgia.</p>	<p>Se ha colaborado a través de esta investigación con diferentes grupo de profesionales (psiquiatras, médicos, psicólogos, danza movimiento terapeutas, trabajadores sociales, artistas, especializados en el campo de la educación física), investigadores en diversos campos (metodologías, terapias expresivas, educación); departamentos (Granada, Goldsmiths y Haifa). En las dos primeras acciones y en la tercera y quinta, paralelamente a la intervención práctica, se estableció reuniones de los miembros que trabajan con el colectivo de la fibromialgia (asociación, hospital y departamento de investigación), con un fin de hace un intercambio de información, fundamentándose que el trabajo en equipo e interdisciplinar posibilita llevar a cabo procesos de intervención de manera integral.</p>
<p>El género¹ puede ser un condicionante en el desencadenamiento de la formación de la fibromialgia.</p>	<p>Hay diferentes factores comunes en donde el género aparecería de manera transversal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El porcentaje estadístico más alto cuantitativamente mayor en las mujeres que en los hombres, que nos permitiría recoger este dato como dato objetivo de contemplar el sesgo de género. - Problemas médicos relacionados con la feminidad. -La simbología del dolor asociado a la mujer en la literatura. - La relación tormentosa (traumática) con la madre. -La madre como transmisora del discurso cultural, con la identificación de ciertos roles, valores y funciones en la identidad femenina que se han podido asociar con la identificación de conflictos psíquicos que repercutirían en la sintomatología e intensidad del dolor. -Se ha observado hasta tres generaciones anteriores de mujeres de la misma familia, que sufrieron de dolores musculares, huesos, envejecimiento prematuro y mucho dolor en el proceso de envejecimiento y muerte.

¹ Se analizará en esta hipótesis el género desde la construcción social que se ha hecho del mismo determinando roles, funciones, y presunciones en torno a la identidad masculina y femenina.

	<p>Y el dato a resaltar es el género como factor común a sufrir dicha dolencia.</p> <p>-Se ha recogido información de la existencia de trauma transgeneracional, que había afectado a las mujeres de su familia (abuela, madre y las pacientes como tercera generación), en relación a la pérdida del abuelo asociado con las emociones de indefensión y desamparo.</p> <p>-Se ha recogido casos donde han sufrido maltrato físico, psicológico y sexual según los casos. Y como factor común, han sufrido violencia de género.</p> <p>En los casos de Isora, María y Fernanda el rechazo hacia la identificación materna. Ha sido un material que ha permitido analizar la construcción de aspectos de su subjetividad en relación a la negación, y como conclusión concluyente, se recoge en este texto como una no separación con los posibles efectos negativos asociados a la fibromialgia. como conflicto en la base de la construcción de su identidad .</p>
<p>Los indicadores (a) postura corporal, y, (b) las cualidades de las líneas del dibujo de contorno del cuerpo humano.</p>	<p>Podrían utilizarse como herramienta de observación complementarias, a través de los dibujos monocromáticos de autorretrato del test' Draw-A-Person. DAP' (Machover, 1949) para contribuir, junto con otros medidores, para el diagnóstico del síndrome de fibromialgia.</p>
<p>El indicador "expresión de la cara" en los dibujos monocromáticos de autorretrato del test' Draw-A-Person. DAP' (Machover, 1949)</p>	<p>No ha sido válido en este estudio, para para diagnosticar el síndrome de fibromialgia.</p>

10.2 Limitaciones y futuras investigaciones:

Las limitaciones de esta investigación se han ido describiendo con detalle en las diferentes fases de la investigación acción del mismo.

El encuentro con la realidad existente, la importancia en arteterapia de crear el cuerpo teórico desde lo práctico, la falta de creación de un cuerpo metodológico específico en arteterapia y el carácter contemporáneo que contextualiza las dos áreas principales de conocimiento de esta investigación: arteterapia y fibromialgia, ha determinado, en algunas fases, la selección de atributos metodológicos de otros campos y en relación a las investigaciones que se han seleccionado como modelos para profundizar, para poder contrastar y refutar los resultados y generar nuevos conocimientos, han actuado en algunos momentos como puntos limitantes. Por otro lado, también dichos puntos han posibilitado caracterizar a esta investigación como un referente novedoso y ofrecer un marco de referencia a futuros investigadores y arteterapeutas.

Las posibles futuras líneas de investigación se recogen en el capítulo 9, multicasos, donde los puntos comunes contrastados entre los diferentes casos serían líneas interesantes pendientes a una mayor profundización a través de más estudios de casos, que posibiliten confirmar o refutar los resultados obtenidos.

Otra futura línea de investigación podría ser aplicar el arteterapia a hombres que sufren el síndrome de la fibromialgia, y poder contrastar el material cualitativo y cuantitativo emergente, con los resultados con esta investigación y abrir la hipótesis si los hombres pudiesen inhibir la acción también como las mujeres afectados el constructo social de la identidad masculina y femenina y la posible relación de la fibromialgia en el hombre por sus identificaciones femeninas, partiendo de la base que la feminidad no coincide a veces con el sexo anatómico.



BIBLIOGRAFÍA

Aaron, L. A.; Burke, M.M. y Buchwald, D. (2000): Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Archives of Internal Medicine*, 160, 221-227.

Ablon, S. (1994): Psychoanalytic theories of affect. *International Journal of Psycho-Analysis*, (75), 640-643.

Adams, L. (2005): "Ethnographically Speaking: Autoethnography, Literature, and Aesthetics". *The American Journal of Semiotics*, 21: 174.

Alexander, F. y Selesnick, S. (1970): *Historia de la Psiquiatría*, Ed. Espaxs, Barcelona.

Alexander, R., Bradley, L., Alarcón, G., Triana-Alexander, M., Aaron, L., Alberts, K., et al. (1998): Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Research*, 11, 102-115.

Alzina, B (1989): *Introducción conceptual al análisis multivariable. Un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SPAD*. Barcelona: PPU.

American Psychiatric Association: (1994-2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Press.

Amorós, C. (1988): "Mujeres, feminismo y poder". *Forum de política feminista*. Conferencia, Madrid.

Amorós, A. & Borque, J. M. (1999): *Historia de los espectáculos en España*. Castalia.

Ansorena, B. (2007): *Jornadas de conferencias de introducción al psicoanálisis*. 32 ° conferencia: Angustia y vida pulsional.

Arbib, M. A. (2007): Otras caras en el espejo: una perspectiva de la esquizofrenia. *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)*, 75.

Appleton, V (2001): An art therapy protocol for the medical trauma setting. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 18 (2001) (1), pp. 6–13.

Aris, H. & Valenzuela, F. (1995): *Reumatología, Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico*. Santiago de Chile. *Patient*. Mayo 91, Vol, 19. Fascículo. Pag 5.

Arenal, (1820-1893): *El dolor, cuando no se convierte en verdugo, es un gran maestro*. (Arent, H. (1958). *The human conditiorz*.

Armstrong D.J.; Meenagh G.K.; Bickle I.; Lee A.S.; Curran E.S.; Finch M.B. (2007): Vitamin D deficiency is associated with anxiety and depression in fibromyalgia. Department of Rheumatology, Musgrave Park Hospital. *Clin Rheumatol*. 26(4):551-4. Epub 2006 Jul 19. Stockman's Lane, Belfast.

Arostegui, I y Núñez, V (2008): Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española* Vol. 50, Núm. 167, págs. 147 a 192.

Arroll B, Macgillivray S, Ogston S, Reid I, Sullivan F, Williams B, Crombie I, (2005): Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Ann Fam Med* 2005; 3(5):449–56.

Asociación Uruguaya para el estudio del dolor (1995): "Primeras Jornadas uruguayas para el estudio y tratamiento del dolor". 27 al 28 de Julio. Sala 19.

Averill, J. R. (1980): On the paucity of positive emotions. In *Assessment and modification of emotional behavior* (pp. 7-45). Springer US.

Averill, B. A. (1996): Dissimilatory nitrite and nitric oxide reductases. *Chemical Reviews*, 96(7), 2951-2964.

Averill, J. R. (1999): Individual differences in emotional creativity: Structure and correlates. *Journal of personality*, 67(2), 331-371.

Baca, E., (1993): Design and validation of the "Quality of life questionnaire" (Cuestionario de calidad de vida, CCV): A generic health related perceived quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9 (1), 19-32.

Bal, Mieke (1997): *Narratology: Introduction to the Theory of Narrative*, Toronto: University of Toronto Press, segunda edición.

Ballas C.A., Staab J.P. (2003): Medically unexplained physical symptoms: towards an alternative paradigm for diagnosis and treatment. *CNS Spectrum*. (8) Suppl 3:20-6.

Balint, M. (1954): Analytic training and training analysis. *The International journal of psycho-analysis*, 35, 157.

Barberá Heredia, E. (2004): Diversidad de género, igualdad de oportunidades y entornos laborales. *CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa*, (50).

Barbier, R. (1977): *"La recherche-action dans l'institute educative"*, Gauthiers-villars, Paris.

Barnes, L., Harp, D., y Jung, W.S. (2002). Reliability generalization of scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 62, 603-618.

Barsky A.J., (1990): Barsky AJ, Wyshak C. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry*; 157:404-9.

Barsky A.F., Borus J.F. (1999): Functional somatic symptoms. *Ann Int Med*. 1999; 130:910-21.

Barrera, M; Francisco, J; Guerrero, H; Aguirre, A, (2005): ¿La fibromyalgia un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud Mental*. Dic Año-Vol 28, num 006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Distrito Federal, México, pp 41-50.

Barsky J, Stern TA, Greenberg, DB, (1997): *"Functional Somatic Symptoms and Somatoform"*.

En: Cassem NH, Stern TA, Rosernbaum et al, editores: *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 4th ed. St Louise: Mosby.

Barlow, M. R., & Freyd, J. J. (2009): Adaptive dissociation: Information processing and response to betrayal. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, 93-105.

Barus-Michel, J. (2002): *Clinique et sens*. Hors collection, 313-323.

Bass, C. y Murphy, M. (1995): Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity

and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res.* 39:403-27.

Beauvoir, S. (1949): *Obras completas de Simone de Beauvoir*, Madrid, Aguilar, 1972.

Beauvoir, S. (2008): *"El segundo sexo"*, Cátedra, Madrid, 2008.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A.T. (1975): Die personalitätsstruktur bei psychosomatischen schmerzzuständen des bewegungsapparates. In A. Weintraub et al. (Ed.), *Psychosomatische*.

Beck, A. T., Hautzinger, M., & Brönder, G. (1981): *Kognitive therapie der depression*. München: Urban & Schwarzenberg.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).

Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993): *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A.T. (1997): Die personalitätsstruktur bei psychosomatischen schmerzzuständen des bewegungsapparates. In A. Weintraub et al. (Ed.), *Psychosomatische schmerzsyndrome des bewegungsapparates* (pp. 180-187). Basle: Schwabe.

Bennett, R. M. (1993): Fibromyalgia and the facts. Sense or nonsense. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 19(1), 45-59.

Benjamin, J. (1996): *"Los lazos del amor"*. Buenos Aires: Paidós.

Bernard, A. (2008): *Conferencia sobre la Teoría del Narcisismo*. Master en Arteterapia. Valle del Ricote. 2007-2009.

Berger en López y Martínez (2004): *Conocimiento interior*. Amazon.

Berger, P., & Luckmann, T. (1967): *The social construction of reality: A treatise on the sociology of education*.

Bergman, I., & Loxley, R. (1970): The determination of hydroxyproline in urine hydrolysates. *Clinica Chimica Acta*, 27(2), 347-349.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., & Ruggiero, J. (1995): Dr. Bernstein and colleagues reply. *American Journal of Psychiatry*, 152(10), 1535-a.

Berrocal, M.L (2011): *"Tejiendo derechos"*: VII Jornadas sobre Violencia de Género y VIH. Mesa redonda: al hilo de las políticas sexual.

Blackwell, T. K., Kretzner, L., Blackwood, E. M., Eisenman, R. N., & Weintraub, H. (1990). Sequence-specific DNA binding by the c-Myc protein. *Science*, 250(1), 149-1.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Freidenberg, B. M., Malta, L. S., Kuhn, E., & Sykes, M. A. (2004): Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after the crash. *Behaviour research and therapy*, 42(5), 569-583.

Bleichmar, H. (1986): *Angustia y Fantasma*, Madrid, Adotraf. Buenos Aires, Nueva Visión.

Bleichmar, H. (1997): *Formas clínicas del masoquismo. Dependencia amorosa patológica (Comunicación personal)*, Universidad Pontificada de Comillas.

Bleichmar, H. (1997): *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.

Bleichmar, H (2001): Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (9), 2.

Bion, W. R. (1946): The leaderless group project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10(3), 77.

Bion, W (1979): *Experiencias en grupo*, Paidós, Buenos Aires, 1979.

Bisquerra-Alzina, R. y Pérez-Escoda, N. (2012): Las competencias emocionales. *Educación XX1*, 10, 61-82.

Broco en Corral (2007): *Nadie sabe lo que puede un cuerpo*. Edición Talasa. Pp: 41.

Bogousslavsky, J, Hacke, W., Albers, G., Al-Rawi, Y, Davalos, A., Eliasziw, M., & Soehngen, M. (2005): The Desmoteplase in Acute Ischemic Stroke Trial (DIAS) a phase II MRI-based 9-hour window acute stroke thrombolysis trial with intravenous desmoteplase. *Stroke*, 36(1), 66-73.

Bouckoms, A. J., & Hackett, T. P. (1997): Pain patients. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*, 367-414.

Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss: Attachment*. V. Basic Books.

Bradway, K. (1997): *Sandplay – Silent workshop of the psyche*. London: Routledge.

Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O'cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., & Westlake, L. (1992): Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *Bmj*, 305(6846), 160-164.

Bennett, R. M., Cook, M. D., Clark, S. R., Burckhardt, C.S. y Campbell, S.M. (1997): Hypothalamic-pituitary-insulin-like grow factor- 1 axis dysfunction in patients with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 24, 1384-1389.

Benjamin, J (1966): *Los lazos del amor, Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Bs. As. : Paidós.

Bermúdez, J. (1978a): Anxiety and performance. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 151, 183-207.

Bermúdez, J. (1978b): Functional analysis of anxiety. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 153, 617-634.

Bremner, J.D. (2001): A biological model for delayed recall of childhood abuse, *Journal of*

Aggression, Maltreatment, and Trauma 42 (2001) (2), pp. 165–183.

Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1995): Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *The American journal of psychiatry*, 152(4), 529.

Breslau, N. (2009): The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*.

Brett, E. A., & Ostroff, R. (1985): Imagery and posttraumatic stress disorder: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 142(4), 417-424.

Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1995): Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *The American journal of psychiatry*, 152(4), 529.

Breslau, N. (2009): The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*.

Bodden-Heidrich R.; Koppers, V.; Beckmann, M.; Ozornek, M.H; Rechenberger I. and Bender H. G. (1999): Psychosomatic aspects of vulvodynia: Comparison with the chronic pelvic pain syndrome. *Journal of Reproductive Medicine*, 44(5), 411 – 416.

Bogousslavsky, J. (2005): Artistic creativity, style and brain disorder, *European Neurology* 54, pp. 103–111. View Record in Scopus | Cited By in Scopus (13).

Bojner-Horwitz, Theorell y Anderberg (2003): Fibromialgia patient's own experience of video self- interpretation: A phenomenologicla- hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 257-264.

Bolles, R. y Fanselow, M (1980): A perceptual-defensive recuperative model for fear and pain. *Brain and Behavioral Sciences*, 3, 291-323.

Bouckoms AJ; Hackett TP (1997): Pain patients. En: Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum et al, editors. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 4th ed. St Louis: Mosby; 1997.

Bourgeois, L. (1995): Louise Bourgeois. Drawings & Observation. Berkeley/Boston, University of California/Bulfinch Press.

Brewer, J. y Hunter, A. (1989): *Multimethod Research: A Synthesis of styles*. Newbury Park, CA: Sage.

Brown, G.K. y Nicassio, P.M. (1987): The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31: 5365.

Bryman, A. (2006): Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?. *Qualitative Research* 2006 6: 97. Sage

Buchwald, D. y Garrity, D. (1994): Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia and multiple chemical sensitivities. *Archives of Internal Medicine*, 154, 2094-2053.

Buchwald, D (1996): Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: similarities and differences. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22, 219-243.

Buceta, J.M., Polaino-Lorente, A. y Padrón, P. (1982): Déficit de auto-estima y de tipo emocional del «learned helplessness» en un estudio experimental con estudiantes no depresivos y depresivos leves. *Análisis y Modificación de Conducta*, 8, 191-211.

Budge, I., & Pennings, P. (2007): Do they work? Validating computerised word frequency estimates against policy series. *Electoral Studies*, 26(1), 121-129.

Burns, D. (2007): *Systemic Action Research: A strategy for whole system change*. Bristol: Policy Press.

Burin, M. (1996): *Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables*. M. Burin, & E. Dio.

Buskila D, Neumann L, Hazanov I, Carmi R, (1996): Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. Source. Epidemiology Department, Soroka Medical Center, Ben-Gurion University, Beer Sheva, Israel. *Semin Arthritis Rheum*. 1996 Dec; 26(3):605-11.

Buskila, D. y Neumann, L. (1997): Fibromyalgia syndrome (FM) and nonarticular tenderness in relatives of patients with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 24, 941-944.

Buskila et al., (2000): en Rustøen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S., & Miaskowski, C. (2004). Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of Pain*, 8(6), 555-565.

Burin, M. (1996): *Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables*. M. Burin, & E. Dio. ISO 690

Burns, D. A., & Ciurczak, E. W. (2007): *Handbook of near-infrared analysis*. CRC press.

Caballero L. (1995): La condición somatomorfa. *Psychonewsletter*. Pp: 2:1-2.

Caballero L. (2002): Trastornos somatomorfos. En: Roca M, editor. *Trastornos neuróticos*. Barcelona: Ars Médica; 2002. p. 385-421.

Caballero, L. (2002): Somatizaciones ¿Trastornos específicos o inespecíficos? En: Vallejo J, editor. *Update Psiquiatría*. Barcelona: Masson

Caballero, L. (2005): Trastornos disociativos y conversivos. En: Vallejo J, Leal C, editores. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica; p. 1311-4

Caballero, L. (2006): Depresión y somatizaciones. El problema del dolor. *Psiquiatría Biológica*. 13 (vol extra 1):10-9.

Caballero, M y Caballero F, (2008): Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. *Salud mental en atención primaria*. Jano Extra de Octubre de 2008. N°1.714

Cabanillas (2009): *Estatutos de la Asociación Granada de Fibromialgia. (AGRAFIM)*. Granada.

Cahill, R. J., Foltz, C. J., Fox, J. G., Dangler, C. A., Powrie, F., & Schauer, D. B. (1997): Inflammatory bowel disease: an immunity-mediated condition triggered by bacterial infection with *Helicobacter hepaticus*. *Infection and immunity*, 65(8), 3126-3131.

Calvo, J. O., & Bonaparte, J. F. (1991): *Andesaurus delgadoi* gen. et. sp. nov. (*Saurischia-*

Sauropoda), dinosaurio Titanosauridae de la Formación Río Limay (Albiano-Cenomaniano), Neuquén, Argentina. *Ameghiniana*, 28, 303-310.

Calvert JW, Cahill J, Zhang JH (2007): Hyperbaric oxygen and cerebral physiology. *Neurol Res. Mar*; 29(2):132-141.

Camañes, T. B., & Más, J. S. (1984): Desamparo aprendido y falta de control situacional. *Revista de Psicología General y Aplicada*.

Camps J y Pereda Beltrán N (2011): Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. *Anuario de Psicología*, 41(1-3), 81-105.

Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959): Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological bulletin*, 56(2), 81.

Carbonell-Baeza, A., Aparicio, V. A., Alvarez-Gallardo, I. C., Romero, A., Martins-Pereira, C. M., Cuevas, A. M., & Delgado-Fernandez, M. (2012): Physical Exercise In Female Fibromialgia Patients: Effects On Pain, Functional Capacity And Symptomatology. In *Medicine and Science in sports and exercise* (Vol. 44, pp. 277-277). 530 Walnut ST, Philadelphia, PA19106-3621 USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Cardeña, E., & Spiegel esta en Koopman, C., Classen, C., Cardeña, E., & Spiegel, D. (1995). When disaster strikes, acute stress disorder may follow. *Journal of traumatic stress*, 8(1), 29-46.

Carr, W y Kemmis, S. (1988): *"Teoría Crítica de la enseñanza"*. Martínez Roca. Barcelona.

Casasola, R; Santos, E (2011): Arteterapia y subjetividad femenina. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol. 6 (2011) 87-103.

Cassier, E (1955): *"Mythical Thought"*. Vol II of the Philosophy of Symbolic Forms. New Haven & London: Yale University Press.

Cáthebras, P, Lauwers, A; Rousset, H, (1998): Mise au point. Une revue critique. *Ann Med Interne*, 149(7):406-414.

Chapman, L; D. Morabito, C. Ladakakos, H. Schreier and M. et al., (2001): The effectiveness of art therapy interventions in reducing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 18 (2001) (2), pp. 100-104.

Caparrós, N. (2004): *Orígenes del psiquismo*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Celso, (s. I d.c) en Lopez, M y Martínez, N (2006) *Arteterapia: Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Ediciones Tutor.

Chamemrnowne (1971) en Dalley, T. (2008): *Art as therapy: An introduction to the use of art as a therapeutic technique*. Routledge.

Chamizo-Carmona E, (2005): ¿Existe asociación entre la Fibromialgia, el aumento de la comorbilidad por enfermedad neoplásica, cardiovascular e infecciones, y el de la mortalidad?. *Reumatol Clin*. 2005; 1(4):200-10).

Cherryholmes, J. (1992): Notes on pragmatism and scientific realism. *Educational Research*,

21, 13-17.

Chiozza, L (1976): La concepción psicoanalítica del cuerpo.

Cigarán, S (2004/2011):

2004-“Danza Movimiento Terapia y Fibromialgia: una aproximación al dolor en todas sus dimensiones”. Tesis Doctoral Universidad de Deusto, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Bilbao.

2011-“Moviéndonos más allá del diagnóstico, conclusiones tras 10 años de experiencia con la población de fibromialgia y dolor crónico”. Revista LCS La sana crítica. Asociación Vasca de Fibromialgia y Astenia Crónica. Nº 19. Dic.

Clauw, Schmidt, Radulovic, Singer, Katz y Bresette, (1997): Clauw, D. J., Schmidt, M., Radulovic, D., Singer, A., Katz, P., & Bresette, J. (1997). The relationship between fibromyalgia and interstitial cystitis. *Journal of psychiatric research*, 31(1), 125-131.

Clauw, D. J., & Chrousos, G. P. (1997): Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms. *Neuroimmunomodulation*, 4(3), 134-153.

Coderch, J (1987): Teoría y Técnica de la psicoterapia psicoanalítica, Herder. Barcelona.

Coll F. J. (2016): Aplicación del arteterapia en el desarrollo de capacidades asociativas y cognitivas en personas con discapacidad psíquica. Proyecto de investigación.

Conde, V., Escriba, P. e Izquierdo, J.A. (1970): Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión (SDS) de Zung. *Publicaciones de la Sociedad Española de Psicología*, 30, 867-880.

Chomsky, N. (1984): *Modular Approaches to the Study of the Mind*.

Coderch, J. (1987): Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica.

Collado, A., Alijotas, J., Benito, P., Alegre, C., Romera, M., Sañudo, I.& Cots, J. M. (2002): Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Medicina Clínica*, 118(19), 745-749.

Collado, A. (2008): Fibromialgia: “Una enfermedad más visible”. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(8), 517-520.

Córcoles, A. (2010): Las heridas del silencio. El silencio destrama. *Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia*, vol. 4 (2) pp. 419-428.

Cordero, M. D., Alcocer-Gómez, E., Cano-García, F. J., de Miguel, M., Sánchez-Alcázar, J. A., & Fernández, A. M. M. (2010): Bajos valores de serotonina en suero se correlacionan con la gravedad de los síntomas de la fibromialgia. *Medicina clínica*, 135(14), 644-646.

Coria, C (2005): “Otra vida es posible en la edad media de la vida”. En Coria, Clara, Freixas, Anna, y Covas, Susana (2005) “Los cambios en la vida de las mujeres: temores, mitos y estrategias”. Barcelona: Ed. Paidós.

Corral, N. (2006): Condición melancólica de la femineidad y creación femenina. *Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol. 1. 109-117.

- Corral, N. (2005): *Nadie sabe lo que puede un cuerpo*. Ediciones Talasa.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987): Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of personality*, 55(2), 299-316.
- Creswell, J.W. (1995): *Research design: Qualitative y quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J.W. (2007): *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J.W. & Plano Clark, V.L. (2007): *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage. By John W. Creswell. Sage publication.
- Creswell, J.W. (2009): *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*.
- Croft, P., Schollum, J. y Silman, A. (1994): Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. *BMJ*, 309, 696- 699.
- Clauw, D. J., Schmidt, M., Radulovic, D., Singer, A., Katz, P., & Bresette, J. (1997): The relationship between fibromyalgia and interstitial cystitis. *Journal of psychiatric research*, 31(1), 125-131.
- Cromer, L. D., y Smyth, J. M. (2010): Making meaning of trauma: Trauma exposure doesn't tell the whole story. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 65-72.
- Crofford, L. J., y Demitrack, M. A. (1996): Evidence that abnormalities of central neurohormonal systems are key to understanding fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22(2), 267-284.
- Croft, P., Schollum, J., & Silman, A. (1994): Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. *Bmj*, 309(6956), 696-699.
- Da Silveira, en de Melo, E. B., da Silveira Gomes, A., & Carvalho, I. (2006): and Glucosidase inhibitors: chemical structure and biological activity. *Tetrahedron*, 62(44), 10277-10302.
- Dahlsgaard, K., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2005): Shared virtue: The convergence of valued human strengths across culture and history. *Review of general psychology*, 9(3), 203.
- Dalley, T (1987): *El arte como terapia*, Barcelona. Ed, Herder.
- Dalley, T. (1990): Images and integration: Art therapy in a multicultural school. *Working with children with art therapy*, 161-198.
- Dalley, T. & Case, C. (1992): *"The Handbook of Art Therapy"*. Tavistock/Routledge. London.
- Dalley, T. (Ed.). (2008): *Art as therapy: An introduction to the use of art as a therapeutic technique*. Routledge.
- Damasio, A. R., Everitt, B. J., & Bishop, D. (1996): The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex [and discussion]. *Philosophical Transactions of*

the Royal Society of London B: Biological Sciences, 351(1346), 1413-1420.

Davidovich, K. (2014): *Memorias en femenino: testimonios de mujeres sobrevivientes de la dictadura Argentina* (Doctoral dissertation).

Gagné, S. M., Tsuda, S., Li, M. X., Smillie, L. B., & Sykes, B. D. (1995): Structures of the troponin C regulatory domains in the apo and calcium-saturated states. *Nature Structural & Molecular Biology*, 2(9), 784-789.

De Gaulejac, V. (1997): Clinical sociology and life histories. *International Sociology*, 12(2), 175-190. De Vries, G. J., & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of traumatic stress*, 22(4), 259-267.

De Vries, G. J., & Olf, M. (2009): The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of traumatic stress*, 22(4), 259-267.

Demitrack, M. A., Dale, J. K., Straus, S. E., Laue, L., Listwak, S. J., Kruesi, M. J. & Gold, P. W. (1991): Evidence for impaired activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with chronic fatigue syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 73(6), 1224-1234.

Dennerker, K (1991): *Body and Expresión: Art Therapy with Rheumatoid patients*. American Journal of Art Therapy. Mayo 91, Vol, 19. Fascículo 4. Pp: 1-5. EBSCO Industrias, Inc.

Denzin, y Lincoln: (1994): *Handbook of qualitative research*.

Deutsch, H. (1930): The significance of masochism in the mental life of women. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 11, 48.

Deutsch, A. (1994): Interprocedural may-alias analysis for pointers: Beyond k-limiting. *ACM Sigplan Notices*, 29(6), 230-241.

Devereux, G (1994): *De la ansiedad al metodo en las ciencias del comportamiento*. Siglo m.

Derrida, J. (1996): *Archive fever: A Freudian impression*. University of Chicago Press.

De Saussure, F. (1945): *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Losada. De Sousa, B. (2003), *Crítica de la Razón Indolente*, Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.

Diaz, R., Silva, J., García, J. M., Lorenzo, Y., Garcia, V., Pena, C. & Dominguez, G. (2008): Deregulated expression of miR106a predicts survival in human colon cancer patients. *Genes, Chromosomes and Cancer*, 47(9), 794-802.

Dietrich, F. S., Voegeli, S., Brachat, S., Lerch, A., Gates, K., Steiner, S., & Wing, R. A. (2004): The *Ashbya gossypii* genome as a tool for mapping the ancient *Saccharomyces cerevisiae* genome. *Science*, 304(5668), 304-307.

Disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients, *Art Therapy* (2001): *Journal of the American Art Therapy Association* 18 (2), pp. 100–104.

Dixon, R. C., & Vanderpool, J. S. (1991): U.S. Patent No. 5,016, 255. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.

Douglas, A. (2005): «Central noradrenergic mechanisms underlying acute stress responses of the Hypothalamo-pituitary-adrenal axis: adaptations through pregnancy and lactation.». *Stress* 8(1): 5–18. PMID 16019594.

Dozois D.J., Dobson K.S., Wong M. y Hughes D. (1996): Predictive utility of the CSQ in low back pain: Individual vs composite measures. *66*: 171-180.

Douglas, B. G. Moustakas, CE (1985): Heuristic inquiry: The internal search to know. *Journal of Humanistic Psychology*, 25, 39-55.

Drossman D A, Li Z, Leserman J, Toomey T C and Hu Y J B (1996): Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history, *Gastroenterology*, 110, 999 – 1007.

Dubost, (1987): *“Criteres de la Research Action”*. *Revue Pour*, nº 90, pp. 17-21.

Duró, J.; Ibañez, M.; López, L; Vignale, R. (2008): Dispositivos grupales salud mental comunitaria Master Arteterapia. Universidad de Murcia.

Edhlund, B., & McDougall, A. (2012): *NVivo 10 essentials*. Lulu. com.

Edwards, D. (2014): *Art therapy*. Sage.

Eisner, E. W. (1981): On the differences between scientific and artistic approaches to qualitative research. *Review of Research in Visual Arts Education*, 1-8.

Ellis, C. S., & Bochner, A. (2000): Autoethnography, personal narrative, reflexivity: Researcher as subject.

Elliot, A. J., & McGregor, H. A. (2001): A 2x2 achievement goal framework. *Journal of personality and social psychology*, 80(3), 501.

Elliot, A. J., & Thrash, T. M. (2002): Approach-avoidance motivation in personality: approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of personality and social psychology*, 82(5), 804.

Efrati S.; Dr. Jacob, N.; Ablin, Y.; Bechor M.H.A.; Daphna-Tekoah, S.; Fishlev, G; Faran, Y, Bergan, J, Mony Friedman, M, Buskil, D (2012): La terapia de oxígeno hiperbárico para la Fibromialgia - Estudio clínico aleatorizado, prospectivo. Centro médico Assaf- Harofeh. Tel Aviv. (Israel).

Efrati, S., (2014): Hyperbaric oxygen therapy can diminish fibromyalgia syndrome–prospective clinical trial. *PloS one*, 2015, vol. 10, no 5, p. e0127012.

Efrati, S. (2015): Hyperbaric oxygen therapy can diminish fibromyalgia syndrome–prospective clinical trial. *PloS one*, , vol. 10, no 5, p. e0127012.

Enriquez, E. (1997): The Clinical Approach Genesis and Development in Western Europe. *International Sociology*, 12(2), 151-164.

Epstein, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L. et al. (1999): Psychiatry disorders in patients with fibromyalgia. *Psychosomatics*, 40, 57-63.

Erickson, C. A. (1987): Behavior of neural crest cells on embryonic basal laminae. *Developmental*

biology, 120(1), 38-49.

Escobar, J., Burnam, A. et al. (1987): Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry*, 44, 713-720.

Escobar, J. et al. (1989): Somatic Symptom Index (SSI): a new and abridged somatization construct: prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 140-146.

Estlander, T., Kanerva, L., Tupasela, O., Keskinen, H., & Jolanki, R. (1993): Immediate and delayed allergy to nickel with contact urticaria, rhinitis, asthma and contact dermatitis. *Clinical & Experimental Allergy*, 23(4), 306-310. ISO 690.

Esteban, M. L., Medina, R., & Távora, A. (2005): ¿Por qué analizar el amor. In *Nuevas posibilidades para el estudio de las desigualdades de género*. X Congreso de Antonología de la FAAEE, Sevilla.

Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A. E. (2007): Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 179-188.

Esteve-Vives, J., Redondo, J. R., Salvat, M. I. S., de Gracia Blanco, M., & de Miquel, C. A. (2007): Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología clínica*, 3(1), 21-24.

Esteban, M. L. (2011): *Crítica al pensamiento amoroso*, Bellaterra, Barcelona

Esteban, M; Távora, A (2006): El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Ciclo de charlas: Las mujeres debatimos*. Diputación Provincial de Málaga.

Espinosa, B (1990): *Ética demostrada según el orden geométrico*. Robins LN, Regier D, editors. *Psychiatric Disorder in America*. Nueva York: Free Press; 1990.

Federici, S. (2004): *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños. Nº 9.

Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994): Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of urology*, 151(1), 54-61.

Fehn, Ann; Hoestery, Ingeborg, y Tatar, Maria (1992): *Neverending Stories: Toward a Critical Narratology*, Princeton: Princeton University Press.

Fernandez, R; García, Mº; Cuenca, E; Vico, C; Lejarraga, T; Gómez, L; Pérez, E, (2013): *Memoria de actividades ejercicio 2013*.

Fernández-Rey., Merino, H., Pereira, M., Raindo, J., y Rivadulla, C. (1987): Un modelo de autoestima aplicado al estudio de la depresión: Una primera aproximación. *Boletín de Psicología*, 16, 33-50.

Fink, Bernstein, Handelsman, Foote y Lovejoy, (1995) en Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., & Ruggiero, J. Dr. Bernstein and colleagues reply. *American Journal of Psychiatry*, 152(10), 1535-a.

Fiorini, H. J. (2006): El psiquismo creador: Teoría y clínica de procesos terciarios. Nueva Visión.

Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley, J. L. (2009): Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The journal of pain*, 10(5), 447-485.

Flaherty, M., Denzin, N., Manning, P. y Snow, D. (2002): "Review Symposium: Crisis in Representation", en *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 31, núm. 4, Thousand Oaks, California: Sage.

Flagg, G.W. (1968): El psicoanálisis y la Medicina Interna, en *Historia del Psicoanálisis*, IV, Ed. Paidós, Buenos Aires.

Flor-Henry P, Fromm-Auch D, Tapper M, et al. (1981): A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria. *Biol Psychiatry*. 1981; 16: 601-26.

Flybjerg, B. (2006): *Five Misunderstandings About Case-Study Research*. Vol 12. Nº2. Sage publication. Dinamarca.

Ford, C. (1986): The somatizing disorders. *Psychosomatics*, 27, 327-337.

Fordyce W.E. (1991): Behavioral factors in pain. *Neurosurgery Clinic North America*, 2(4): 749-759.

Forgeard, M. J., & Mecklenburg, A. C. (2013): The two dimensions of motivation and a reciprocal model of the creative process. *Review of General Psychology*, 17(3), 255.

Foulkes; Grinberg, Langer y Rodrugué (1957): *Psicoterapia del grupo*. Paidós, Bs. Aires.

Foulkes, S. (2006): *Grupo análisis terapéutico*. Barcelona: Cegaop Press.

Franch, J. A. (1988): *El descubrimiento científico de América* (Vol. 16). Anthropos Editorial.

Frank, (1997) en López, J; Martínez, M; Piñeiro, J; Távora, A; Martín, J; Argente, A; Martínez, M (1989): *Resúmenes de patología psicósomática*. Círculo de Estudios Psicopatológicos. Granada.

Freud, S., & Breuer, J. (1893): *Comunicación preliminar*. José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud*, 2, 27-43.

Freud, S. (1923): *El Yo y el Ello en: Obras Completas*, Vol. XIX, Amorrortu, B.Aires 9ª. Edición 1996, pág. 3, ISBN 950-518-590-1.

Breuer, J. y Freud, S. (1893-1895): *Estudios sobre la histeria* En *Obras Completas*. Buenos Aires. Amorrortu Editorial. (2007).

Fredrickson, B. L. (2001): The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218.

Freud, S. (1904): *El método psicoanalítico de Freud*. SE, 7; BN.III

Freud, (1914) *Contribuciones a la historia del movimiento psicoanalítico*, *Obras Completas*, vol. V, Madrid, Biblioteca Nueva (1972).

- Freud, S (1915): *"Observations on transference-love"*. *Technique of psycho-analysis*. S.E., 12:159-171.
- Freud, S. (1920): *Obras Completas*, Vol. XIV, *Pulsiones y destinos de pulsión*, pág. 105, Amorrortu, 6a. reimpresión, Buenos Aires, 1995, ISBN 950-518-590-1, título original: *Triebe und Tribschikcsale*, 1915, traducido inicialmente como "Los instintos y sus vicisitudes"
- Freud, S. (1933): *Sobre la sexualidad femenina*, *Obras Completas*, vol. VIII, Madrid, Biblioteca Nueva (1974).
- Freud, S. (1960): *The psychopathology of every life*, Standard Edition 6, Londres.
- Freud, S. (1966): *"The dynamics of the transference"*. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). London: Hogarth Press. (Trabajo original publicado 1912).
- Freud, S. (1969): *Attachment. Attachment and Loss*. Vol. I (en inglés). Londres: Hogarth. (Page numbers refer to Pelican edition 1971).
- Freud, S. (1981): *Recuerdo, repetición, y elaboración*, *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva. 4ª Edición.
- Freud, S. (1983): en Sánchez, (2002): *Psicoanálisis y la Teoría de la Complejidad (una metáfora)*. Primera Edición. Academia Nacional de Medicina. Bogota. Colombia.
- Freud, S. (1984): «*Conferencia 17: El sentido de los síntomas*». *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Amorrortu editores. pp. 235/249. ISBN 950-518-591-X.
- Freud, S. (1985): *Estudios sobre la Histeria*. Biblioteca Nueva Madrid.
- Freud, S. (1985): *"Sobre las justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia; y la segunda con el título"*. *Inhibición, síntoma y angustia de 1925*.
- Freud, S. (1986): *Inhibición, síntoma y angustia (1926d [1925])*. En: *Obras completas*, vol. XX (1925-1926). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1994): *Reflexiones sobre la envoltura formal del síntoma*. En *La envoltura formal del síntoma*. Buenos Aires: Manantial.
- Freud, S. (2004): *Obras Completas*, vol. 22. Buenos Aires, Amorrortu.
- Frias (2007): en Corral, N (2005) *Nadie sabe lo que puede un cuerpo*. Ediciones Talasa.
- Fry, R. P., Crisp, A. H, y Beard, R.W (1997): *Sociopsychological factor in chronic pelvic pain: Aa review*. *Psychosom Res*, 42, 1-15.
- Furth, G. M. (1988): *The secret world of drawings: Healing through art*. Sigo Press.
- Gage, N. L. (1989): *The paradigm wars and their aftermath a "historical" sketch of research on teaching since 1989*. *Educational researcher*, 18(7), 4-10.
- Galcerani, M. (2009): *Deseo y Libertad. Traficante de sueños 2009*. Entre el ser y el poder. Eric Fromm. Traficante de sueños.

Galdós, J. S., Ruiz, B. F., & Estramiana, J. L. Á. (2007): De Moscovici a Jung: el arquetipo femenino y su iconografía. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, (11), 132-148.

García, J; Alegre de Miquel, C; Flores, T; Gómez Arguelles, JM; Blanco Tarrío, E; Montoya, M; Pérez, A; Martínez, A; Fuentes, J; Altarriba, E; Gómez, A, (2010) et al Documento de Consenso interdisciplinar para el el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatra* 2010; 38(2):108-120. 111.

Garfield, E., & Welljams-Dorof, A. (1992): Citation data: their use as quantitative indicators for science and technology evaluation and policy-making. *Science and Public Policy*, 19(5), 321-327.

Garrido-Rojas, L. (2006): Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.

Giesecke, T., Gracely, R. H., Grant, M. A., Nachemson, A., Petzke, F., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2004): Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis & Rheumatism*, 50(2), 613-623.

Giust-Desprairies, F. (1989): *L'enfant rêvé*. Paris, Armand Colin.

Gergen, K. J. (2006): *Construir la realidad*, pp. 45-58. Barcelona, Paidós.

Gerster, J. C., & Hadj-Djilani, A. (1984): Hearing and vestibular abnormalities in primary fibrositis syndrome. *The Journal of rheumatology*, 11(5), 678-680.

Giddens, A. (1995): *La transformación de la intimidad*. Madrid: Cátedra.

Gilligan, C. (1985): *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*. México^ eDF DF: Fondo de Cultura Económica.

Gillespi, (1994) en Lev-Wiesel, R., Aharoni, S., & Bar-David, K. (2002): Self-figure drawings of born-blind adults: stages of artistic development and the expression of the senses. *The Arts in psychotherapy*, 29(5), 253-259.

Guillén-Riquelme, A., & Buena-Casal, G. (2011): Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.

Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X (2004): Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain threshold and psychological factors. *Arthritis Rheum*; 50:2716-7.

Gold, P. W., Goodwin, F. K., & Chrousos, G. P. (1988): Clinical and biochemical manifestations of depression. *New England Journal of Medicine*, 319(6), 348-353.

Gold, P. E., & Greenough, W. T. (2001): *Memory consolidation. James Gaugh: A time to remember*. American Psychological Association, Washington.

Goldberg, R. J., Samad, N. A., Yarzebski, J., Gurwitz, J., Bigelow, C., & Gore, J. M. (1999): Temporal trends in cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 340(15), 1162-1168.

Golden ZL, Neubauer R, Golden CJ, Greene L, Marsh J, Mleko A (2002): Improvement in cerebral metabolism in chronic brain injury after hyperbaric oxygen therapy. *Int J Neurosci*. Feb 2002; 112 (2):119-131.

Goldstein, L. S., & Eric, A. (1994): *Drosophila melanogaster*: practical uses in cell and molecular biology (No. 595.774 G65).

McCain, G. A., & Scudds, R. A. (1988): The concept of primary fibromyalgia (fibrositis): clinical value, relation and significance to other chronic musculoskeletal pain syndromes. *Pain*, 33(3), 273-287.

Goldenberg, D. (1995): Fibromyalgia: why such a controversy? *Annals of the Rheumatic Diseases*, 54, 3-5.

Goldberg R T, Pachas W N and Keith D (1999): Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 21(1), 23 – 30.

Gower, C. A. (1904): U.S. Patent No. 776,836. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.

González de Chávez, M.A. (1999): *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas.

González de Chávez, A (2010): *"Mujeres y salud"*. Revista de Comunicación Interactiva. Monográfico Salud Mental: el trasfondo del malestar. Nº 29.

Gómez, (2005) en Lopez, M y Martínez, N (2006) *Arteterapia: Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Ediciones Tutor.

Gómez, P (2007): *Fibromialgia. Cómo vencerla desde el cuerpo y la mente*. Barcelona. Edición Integral. Barcelona.

Greenfield, S., Nelson, E. C., Zubkoff, M., Manning, W., Rogers, W., Kravitz, R. L., & Ware, J. E. (1992): Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcomes Study. *Jama*, 267(12), 1624-1630.

Guba, Egon G. & Lincoln, Yvonna S. (1994): *"Competing Paradigms in Qualitative Research"*. En Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (eds.) *Handbook of Qualitative Research*, pp.105-117. London, Sage.

Guillén-Riquelme y Buela-Casal (2011): Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*. Vol. 23, nº 3, pp. 510-515

Guez, J., Lev-Wiesel, R., Valetsky, S., Sztul, D. K., & Perner, B. S. (2010): Self-figure drawings in women with anorexia; bulimia; overweight; and normal weight: A possible tool for assessment. *The Arts in Psychotherapy*, 37(5), 400-406.

Guiote, A (2011): *"Arteterapia y Fibromialgia, Lenguajes del Cuerpo"*. Revista de Arteterapia y educación para la inclusión social. Vol. 6. Universidad Complutense de Madrid.

Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, et al (2004): Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain threshold and psychological factors. *Arthritis Rheum*; 50:2716–7.

Guilford (1950): *An Investigation of Two Hypotheses Regarding The Nature of the Spatial-*

Relations and Visualization Factors. en Michael, W. B., Zimmerman, W. S., & Guilford, J. P.

Guillamò, E., Blázquez, A., Comella, A., Martínez-Rodríguez, R., Garrido, E., Barbany, J. R., & Javierre, C. (2010): Respuesta respiratoria al ejercicio físico de baja intensidad en mujeres con síndrome de fatiga crónica. *Apunts. Medicina de l'Esport*, 45(167), 169-173.

González, A. G. (2011): Arteterapia y fibromialgia: lenguajes del cuerpo. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 119-133.

González, A. G. (2012): Arteterapia y Fibromialgia: Las Resistencias del Dolor/Art therapy and Fibromyalgia: the resistance of the pain. *Arteterapia*, 7, 261.

González, A. G. (2014): Arteterapia como acompañamiento para la construcción y empoderamiento de la subjetividad femenina. *Investigaciones Feministas*, 4, 171-199.

Guze, S.B. (1975): The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria (Briquet's syndrome). *Am J Psychiatry*. Pp: 127:138-41.

Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ, (2002): Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. May; 46(5):1333-1343.

Green, C.R.;Flowe-Valencia, H.; Rosenblum, L. and Tait, A. R. (1999): Do physical and sexual abuse differentially affect chronic pain states in women? *Journal of pain and Symptom Management*, 18 (6), 420 -426.

Grene, M. (1976): Philosophy of medicine: Prolegomena to a philosophy of science. In *PSA: Proceedings of the Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association* (Vol. 1976, pp. 77-93). University of Chicago Press, Springer, Philosophy of Science Association.

Greene, J.C., Caracelli, V.J. & Graham, (1989): Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255-274.

Greson, R. (1967): "The Technique and Practice of Psycho-Analysis". Vol 1. London: Hogarth, 1974.

Greenwald, (2005): *Child trauma handbook: A guide for helping trauma-exposed children and adolescents*, The Haworth Reference Press, New York.

Groddeck, G. (1981): *El libro del Ello*. Ed. Taurus, 2º ed., Madrid.

Groddeck, G. (1983): *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Gunther A, Kupperts-Tiedt L, Schneider PM, (2005): Reduced infarct volume and differential effects on glial cell activation after hyperbaric oxygen treatment in rat permanent focal cerebral ischaemia. *Eur J Neurosci*; 21(11):3189-3194.

Gutbezahl, J., & Averill, J. R. (1996): Individual differences in emotional creativity as manifested in words and pictures. *Creativity Research Journal*, 9(4), 327-337.

Guillén-Riquelme, A., & Buéla-Casal, G. (2011): Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.

Guze, S. B., Woodruff, R. A., & Clayton, P. J. (1975): The significance of psychotic affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 32(9), 1147-1150.

Hammer, S. M., Squires, K. E., Hughes, M. D., Grimes, J. M., Demeter, L. M., Currier, J. S., & Chodakewitz, J. A. (1997): A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. *New England Journal of Medicine*, 337(11), 725-733.

Haynal, A., Pasini, W., & Bourgeois, P. (1980): *Manual de medicina psicossomática*.

Hayward, Mathew LA. (2002): "When do firms learn from their acquisition experience? Evidence from 1990 to 1995." *Strategic management journal* 23.1 21-39.

Harch PG, Andrews SR, Fogarty EF, et al (2012): A phase I study of low-pressure hyperbaric oxygen therapy for blast-induced post-concussion syndrome and post-traumatic stress disorder. *J Neurotrauma*. Jan 1; 29 (1):168-185.

Harkins, S. G., & Szymanski, K. (1989): Social loafing and group evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 56(6), 934.

Hasset A.L., Simonelli L.E., Radvanski D.C., Buyske S., Savage S.V., Sigal L.H. (2008): The relationship between affect balance style and clinical outcomes in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*; 59:833-40.

Häuser et al. (2011): The relationship between affect balance style and clinical outcomes in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2008; 59:833-40.

Haward, R. (1990): Art Therapy as an isomorphic intervention in the treatment of a client with posttraumatic stress disorder, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 28. pp. 79-86.

Haynal, A y Pasini, W (1980): *Manual de Medicina Psicossomática*, Ed. Toray-Masson, Barcelona.

Hyler, S.E., Rieder, R.O., Williams, J.B.W., Spitzer, R.L., Lyons, M., & Hendler, J. (1989): A comparison of clinical and self-report diagnosis of DSM-III personality disorders in 552 patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 170-178.

Heinroth, (1733-1843) en López, J; Martínez, M; Piñeiro, J; Távora, A; Martín, J; Argente, A; Martínez, M (1989): *Resúmenes de patología psicossomática*. Círculo de Estudios Psicopatológicos. Granada.

Hench, P. K. (1976): Nonarticular rheumatism, twentysecond rheumatism review: review of the american and english literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis Rheum*, 19(6 Suppl), 1081-8.

Henry, E. (1965): *Col. Tratado de Psiquiatría*. Toray.

Herder, Ed (2007): "El enfoque psicossomático como camino hacia la curación". *Master de Arte terapia*, departamento de psicología de la Universidad de Murcia. 2007-2008.

Hernando, A (2000): "La construcción de la subjetividad femenina". Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense de Madrid.

Hernández, F (2008): *La investigación basada en las Artes. Propuesta para repensar la*

investigación en educación. *Educatio siglo XXI*, N° 26, 2008, PP 85-118.

Hertz, R. (1995): Separate but simultaneous interviewing of husbands and wives: Making sense of their stories. *Qualitative Inquiry*, 1(4), 429-451.

Hill, A (1943): *“El arte como ayuda en la enfermedad”*, en Case, C., & Dalley, T. (2014). *The handbook of art therapy*. Routledge.

Hishinuma, E.S., Miyamoto, R.H., Nishimura, S.T., y Nahulu, L.B. (2000): Differences in State-Trait Anxiety Inventory Scores for ethnically diverse adolescents in Hawaii. *Cultural Diversity and Ethnic Minority*, 6, 73-83.

Hogan, S (1997): *Feminist Approaches to Art Therapy*, Psychology Press.

Hogan, S. (1997): *Feminist approaches to art therapy*. Psychology Press.

Houvenagel, E., Forzy, G., Leloire, O., Gallois, P., Hary, S., Hautecoeur, P., & Dhondt, J. L. (1990): [Cerebrospinal fluid monoamines in primary fibromyalgia]. *Revue du rhumatisme et des maladies osteo-articulaires*, 57(1), 21-23.

Houvenagel, E. (1999): Les mécanismes de la douleur de la fibromyalgie. *Revue du rhumatisme*, 66(2), 105-110.

Howard, R. (1990): Art Therapy as an isomorphic intervention in the treatment of a client with posttraumatic stress disorder, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 28, pp. 79–86.

Hudson, J. I., Goldenberg, D. L., Pope, H. G., Keck, P. E., & Schlesinger, L. (1992): Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *The American journal of medicine*, 92(4), 363-367.

Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1996): The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22(2), 285-303.

Huss, E., & Cwikel, J. (2005). *Researching creations: Applying arts-based research to Bedouin women's drawings*. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(4), 1-16.

Instituto de la Mujer (2000): *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid, Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer (2010): *“Mujeres y salud”*. Madrid. *Revista de Comunicación Interactiva. Monográfico Salud Mental: el trasfondo del malestar*. N° 29.

Imbierowickz K and Egle U T (2003): Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 7(2), 113 – 119.

Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1996): The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22(2), 285-303.

Huss, Ephrat & Cwikel, Julie (2005): *“Researching creations: Applying arts-based research to Bedouin women's drawings”*. En *International Journal of Qualitative Methods*, 4 (4).

Janka, A. (2005): Rethinking somatoform disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 18:65-71.

Jensen MP, Turner JA, Romano JM y Strom SE (1995): The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain*, 60: 203-216.

Jones, J. M. (1995): *Affects as process. An inquiry into the centrality of affect in psychological life.* Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.

Riedel, (1994) en Lichstein, K. L., & Riedel, B. W. (1994). Behavioral assessment and treatment of insomnia: a review with an emphasis on clinical application. *Behavior Therapy*, 25(4), 659-688.

Jung, C. G. (1912): *Simboli della trasformazione. Opere di Carl Gustav Jung.*

Jung, C. G. (1920): The psychological foundations of belief in spirits. *Collected works*, 8, 300-18.

Kawulich, (2005): observación cerrada ver erivera.

Katon (1982): Depression: somatic symptoms and medical disorders in primary care. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 274-287

Katon, W., Lin, E., Von Korff, M., Russo, J., Lipscomb, P., & Bush, T. (1991): Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry*, 148(1), 34-40.

Katz, A. M. (2010): *Physiology of the Heart.* Lippincott Williams & Wilkins.

Kaplan, D., Adams, W. W., Farmer, B., & Viney, C. (1994): Silk: biology, structure, properties, and genetics. In ACS symposium series (USA).

Kellner, R. (1991): *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms.* American Psychiatric Pub.

Komaroff, A. L., & Goldenberg, D. (1989): The chronic fatigue syndrome: definition, current studies and lessons for fibromyalgia research. *The Journal of Rheumatology. Supplement*, 19, 23-27.

Koppitz, E. M. (1968): *Psychological evaluation of children's human figure drawings.* Grune & Stratton.

Kellner, R. (1986): Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*; 48:821-33.

Kellner, R., Parthak, D. (1983): Life events and hypochondriacal concerns. *Psychiatric Medicine*, 1, 133-141.

Kellner, R. (1986): *Somatization and Hyponchondriasis.* New York: Praeger-Greenwood.

Kellner, R. (1988): Anxiety, somatic sensations, and bodily complaints. En Noyes, R., Roth, M. y Burrows, G. *Handbook of Anxiety, Vol. 2: Clasificación, Etiológica. Factores, and Associated Disturbances.* New York: Elsevier.

Kellner, R. y Schneider-Brauss, K. (1988): Distress and attitudes in patients perceived as hypochondriacal by medical staff. *General Hospital Psychiatry*, 10, 157-162.

Kellner, R. (1991): Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. USA, Washington D.C.: American Psychiatric Press Inc.

Killingmo, B. (1995): Affirmation in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 503-517.

Killingmo, B. (1999): A psychoanalytic listening-perspective in a time of pluralism. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 22(2), 151-171.

Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1991): Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of nervous and mental disease*, 179(11), 647-655.

Kite, M (2001): "*Gender stereotypes*". En Worell, Judith (ed.), *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences, and the impact of society on gender*, Vol. 1, pp. 561-570. San Diego, CA, Academic Press.

Klein, M (1923): The development of a child., *Int. J. Psychoanal.*, 4:419-474.

Klein, G. S., & Schlesinger, H. (1949): Where is the perceiver in perceptual theory?. *Journal of Personality*, 18(1), 32-47.

Klein, J. P. (2006): La creación como proceso de transformación. *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, (1), 11-18.

Klorer, P. G. (2005): Expressive therapy with severely maltreated children: Neuroscience contributions. *Art Therapy*, 22(4), 213-220.

Kohut, H. (1971): *The Analysis of the Self* New York: Int.

Kohut, H. (1977): *The restoration of the self* Madison. Connecticut: International Universities Press Inc.

Koopman, C., Classen, C., Cardeña, E., & Spiegel, D. (1995): When disaster strikes, acute stress disorder may follow. *Journal of traumatic stress*, 8(1), 29-46.

Kramer, E. (1958): Art therapy in a children's community: A study of the function of art therapy in the treatment program of Wiltwyck School for Boys.

Kramer, E. (1971): *Art as therapy with children*. New York: Schocken.

Kramer, E (1979): "*Childhood and art therapy*". New York: Schocken Press. PP 186.

Kundson, K, Kroenke K, Spitzer RL, Frank V, (1997): The effectiveness of art therapy interventions in reducing Post Traumatic Stress. *Multisomatiform disorder. Arch Gen Psychiatry.* ; 54: 352-8.

Kurland, N. B., Michaud, K. E., Best, M., Wohldmann, E., Cox, H., Pontikis, K., & Vasisht, A. (2010): Overcoming silos: The role of an interdisciplinary course in shaping a sustainability network. *Academy of Management Learning & Education*, 9(3), 457-476.

Lacan, J. (1967): Seminario 14, La lógica del fantasma. Inédito.

Lacan J. (1992): Seminario VII La Ética del psicoanálisis. Paidós. P.76.

Lacan, J (1972-1973): Conferencia en Ginebra sobre el síntoma en "Intervenciones y Textos 2" de ed. Manantial.

Lacan, J (1973): "Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis". Escritos 1, pág. 227. Siglo veintiuno editores.

Lacan, J. Seminario VII. Neuroscience contributions, Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 22 (2005): (4), pp. 213–220. Lacan J. La ética del psicoanálisis. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. 32ª Conferencia: Angustia y vida pulsional

Laguna, E. V., Payero, M. P., & Márquez, A. V. (2006): Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. Actas dermo-sifiligráficas, 97(10), 637-643.

Laing, R. D. (1976): The facts of life: An essay in feelings, facts, and fantasy. Pantheon.

Lao-Villadóniga JI, Garcia-Fructuoso F , Beyer K (2006): Polimorfismo Val158Met en el locus COMT y su correlación con la expresión de IL-6 e IL-10 en la fibromialgia.

Lampe A, Doering S, Rumpold G, Solder E, Krismer M and Kantner-Rumplmair W. (2003): Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. Journal of Psychosomatic Research, 54 (4) m 361 – 367.

Lanford, W (1999): Revolution of the heart. Gender, power and the delusions of love. London/ New York: Routledge.

Lange, M. & Petermann, F. (2010): Influence of depression on fibromyalgia: A systematic review. Schmerz (Berlin, Germany) [Schmerz], 24, 326-33.

Laplanche y Pontalis (2007): Diccionario de psicoanálisis. Ediciones Paidós Ibérica S.A., Barcelona, 1996, orig. 1967.

Lather, P., & Lather, P. A. (1991): Getting smart: Feminist research and pedagogy with/in the postmodern. Psychology Press.

Lasheras, M; Pires, L; Rodríguez, Mar, M (2004): "Género y salud". Sevilla, Instituto Andaluz de la Mujer. Unidad de Igualdad y Género. Junta de Andalucía.

Lazare, A (1981): Conversion symptoms. New England Journal of Medicine. P.p 305:745-8.

Leslie, A; Buchwald, (2002): A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. Annals International Medicine, 134 (Supl): 868-881, 2001.

Levin, E (2008): Cuando la discapacidad es fétetro de la sexualidad. Master Arteterapia. Valle del Ricote. Departamento de Psicología de la Universidad de Murcia. (2007-2009).

Levinton, N:

- (2000): El superyó femenino. La moral en las mujeres, Madrid, Biblioteca Nueva.
- (2003): "Mujeres y deseo de poder: un conflicto inevitable". Dins ¿Desean las mujeres el poder? Madrid, Instituto de Investigaciones Feministas. Minerva Ediciones
- (2007): El superyó femenino: La moral en las mujeres. Biblioteca Nueva.
- (2009): "Llegar a ser Simone de Beauvoir". Investigaciones feministas. Vol. 0. Pp: 77-99. Madrid.

- (2016): Para qué el arte. Reflexiones en torno al arte y su educación en tiempos de crisis. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10, 359-364.
ISO 690

Levick, M. (1975): Transference and counter-transference as manifested in graphic productions. *Art Psychotherapy*, 2(3-4), 203-215.

Lev-Wiesel, R., Gottfried, R., Eisikovits, Z., & First, M. (2014): Factors affecting disclosure among Israeli children in residential care due to domestic violence. *Child abuse & neglect*, 38(4), 618-626.

Lev-Wiesel, R., & Al-Krenawi, A. (1999): Attitude towards marriage and marital quality: A comparison among Israeli Arabs differentiated by religion. *Family Relations*, 51-56.

Lev-Wiesel, R., & Amir, M. (2000): Posttraumatic stress disorder symptoms, psychological distress, personal resources, and quality of life in four groups of Holocaust child survivors. *Family Process*, 39(4), 445-459.

Lev-Wiesel, R., & Shvero, T. (2003): An exploratory study of self-figure drawings of individuals diagnosed with schizophrenia. *The Arts in psychotherapy*, 30(1), 13-16.

Lev-Wiesel, R., Amir, M., & Besser, A. (2004): Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to the perpetrator identity. *Journal of Loss and Trauma*, 10(1), 7-17.

Lev-Wiesel, R. (2005): Dissociative identity disorder as reflected in drawings of sexually abused survivors. *The Arts in psychotherapy*, 32(5), 372-381.

Lev-Wiesel, R., & Yosipov-Kaziav, J. (2005): Deafness as reflected in self-figure drawings of deaf people. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17(2), 203-212.

Lev-Wiesel, R., & Liraz, R. (2007): Drawings vs. narratives: Drawing as a tool to encourage verbalization in children whose fathers are drug abusers. *Clinical child psychology and psychiatry*, 12(1), 65-75.

Levy, B. I., Ambrosio, G., Pries, A. R., & Struijker-Boudier, H. A. J. (2001): Microcirculation in Hypertension A New Target for Treatment?. *Circulation*, 104(6), 735-740.

Lewin, K. (1946): *Resolving social conflicts*. Nueva York: Harper.

Lewis, A. (1975): The survival of hysteria. *Evol Psychol, Med*, 5(1): 9-12, 1975.

Lichstein, K. L., & Riedel, B. W. (1994): Behavioral assessment and treatment of insomnia: a review with an emphasis on clinical application. *Behavior Therapy*, 25(4), 659-688.

Lieberman, M. A., Lakin, M., & Whitaker, D. S. (1968): The group as a unique context for therapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 5(1), 29.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985): *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). Sage.

Linden, D. E. J. (2006): How psychotherapy changes the brain—the contribution of functional neuroimaging. *Molecular psychiatry*, 11(6), 528-538.

Linton, S. J. (1985): The relationship between activity and chronic back pain. *Pain*, 21(3), 289-294.

Lipowski, Z. (1988): Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-315.

López, A.P. (2008): Fibromialgia y Escuelas para familiares. *Revista de Actualidad Sociosanitarias*. Número 5. pp. 13.

López Ibor, J. J. (1964): Rasgos neuróticos del mundo contemporáneo (No. 159.964. 2). Ediciones Cultura Hispánica.

López, J; Martínez, M; Piñeiro, J; Távora, A; Martín, J; Argente, A; Martínez, M (1989): Resúmenes de patología psicósomática. *Círculo de Estudios Psicopatológicos*. Granada.

López, M (2004): Educación artística y demanda social, o la necesidad de la educación artística en la educación general. *Las artes plásticas como fundamento de la educación artística*, 2004, ISBN 84-369-3931-X, págs. 199-224.

Lopez, M y Martinez, N (2006): *Arteterapia: Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Ediciones Tutor.

López, (2005): Reinventar la vida. El arte como terapia, pp. 13-21. Madrid, Eneida. López, M (2009) "Intervenciones a través del arte. Apuntes para un desarrollo sostenible". En Martínez, Noemí y López, Marián (eds.)

López, M. D. (2009): La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español (Doctoral dissertation, Tesis Doctoral inédita), Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica. Universidad de Murcia).

López F., Cao, Marian y Gaudi Pérez, Juan Carlos (2000): «El cuerpo imaginado», (pp. 43-57), Madrid, *Revista Complutense de Educación*, 11- 2.

López, (2012): Sentirse en casa. Proyecto para la Inclusión de personas migrantes a través del arte. *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, ISSN 1886-6190, N°. 7, 2012, págs.119-139.

López (2013): Histeria, literatura y psicoanálisis. Ana Karenina, Ana Ozores y Emma Bovary. *Atopos*.

Loren, I., Emson, P. C., Fahrenkrug, J., Björklund, A., Alumets, J., Håkanson, R., & Sundler, F. (1979): Distribution of vasoactive intestinal polypeptide in the rat and mouse brain. *Neuroscience*, 4(12), 1953-1976.

López (2015): Una espina en la carne. Psicoanálisis y creatividad. *Psimatica*.

Lorente, J. P., & Almazán, D. (2003): *Museología crítica y arte contemporáneo* (No. 1). Universidad de Zaragoza.

Polaino-Lorente, A. (2004): *Familia y autoestima/Aquilino Polaino*.

Losso, R & Losso, A. P. (2007): Repetición transgeneracional. Elaboración transgeneracional. La fantasía inconsciente compartida familiar de elaboración transgeneracional. N 2007/1-La

familie et ses ancêtres, 60.

Lusebrink, B (2004): Art therapy and the brain: An attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 21 (2004) (3), pp. 125–135.

Lowenfeld, (1947): *“El desarrollo de la capacidad creadora”*. Paidós.

Machover, K. (1949): Personality projection in the drawing of the human figure (A method of personality investigation).

MacIntyre (1984): *After virtue*. 2nd ed. Notre Dame: University Press.

Mace, C., Moorey, S., & Roberts, B. (2001): *Evidence in the psychological therapies: A critical guide for practitioners*. Psychology Press.

Madariaga, C. (2003): Daño transgeneracional en Chile. Apuntes para una conceptualización en Edelson.

Malchiodi, C (1995): *“Studio approaches to art therapy”*. En *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 12, 3, pp. 154-156.

Malchiaodi, C (1997): *“Art as empowerment for women with breast cáncer”*. In: S. Hogan, Editor, *Feminist approaches to art therapy*, Routledge, London (1997), pp. 49–64.

Malchodi, M (1998): *Understanding Children’s Drawing*. The guilford press. New York London.

Mann, T. E., & Ornstein, N. J. (2006): *The broken branch: How Congress is failing America and how to get it back on track*. Oxford University Press.

Makela y Heliovaara, (1991): Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. Research Institute for Social Security, Social Insurance Institution, PO Box 78, SF-00381 Helsinki, Finland Matti Makela, MD, research officer Markku Heliovaara, MD, research officer Correspondence to: Dr Makela. *BMJ* 1991; 303: 216-9.

Marín, R (1987): ¿Medir los resultados o comprender los procesos? Dos alternativas para la investigación y la evaluación artística. *Revista. Icónica*.

Marín, R (2005): *Investigación en educación artística: temas, métodos y técnicas de indagación sobre el aprendizaje y la enseñanza de las artes y culturas visuales*. Universidad de Granada.

Marín, R. (2011): Las investigaciones en educación artística y las metodologías artísticas de investigación en educación: temas, tendencias y miradas. *Educação*, 34(3).

Marxen, E. (2004): Arteterapia e inmigración. *RTS. Revista de Treball Social*, (173), 71-76.

Martín, L (2012): en *Asociación Gradanina de Fibromialgia*. Granada.

Martínez, M. V. A. (1985): Alopecia femenina: influencia de los factores psicossomáticos. Universidad, Cátedra de Dermatología.

Mattingly, C., & Gillette, N. (1991): Anthropology, occupational therapy, and action research. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 972-978.

Mayou, R. (1976): The nature of bodily symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 129, 55-60.

McBeth, J, Marcfarlane GJ, Benjamin, S, Silman AJ (2001): Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain: results of a large population-based study. *Arthritis Reum*, 44: 940-946.

McCarty DJ, Koopman WJ (2002): *Arthritis and Allied Conditions*. 12 ed. Philadelphia: Lea and Febiger. p.55-60.

McCain, G. A., & Scudds, R. A. (1988): The concept of primary fibromyalgia (fibrositis): clinical value, relation and significance to other chronic musculoskeletal pain syndromes. *Pain*, 33(3), 273-287.

McNamee, C.M, McNamee (2003): Bilateral Art: Facilitating systemic integration and balance, *The Arts in Psychotherapy* 31, pp. 229–243.

McNamee, C.M. McNamee (2004): Using both sides of the brain: Experiences that integrate art and talk therapy through scribble drawings, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 23 (3), pp. 136–142.

McNamee, C. M. (2003): Bilateral art: Facilitating systemic integration and balance. *The Arts in Psychotherapy*, 30(5), 283-292.

McNamee, C. M. (2004): Using both sides of the brain: Experiences that integrate art and talk therapy through scribble drawings. *Art Therapy*, 21(3), 136-142.

McNamee, C. M. (2005): Bilateral art: Integrating art therapy, family therapy, and neuroscience. *Contemporary family therapy*, 27(4), 545-557.

McNamee, C. M. (2006): Experiences with bilateral art: A retrospective study. *Art Therapy*, 23(1), 7-13.

McNIFF, S (1998): *Art-based research*. London, Jessica Kingsley. Publisher.

McLeod, J. (2010): *Case study research in counselling and psychotherapy*. Sage Publications.

McDowell, I y Newell, C (1996): *“Measuring Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires (2nd edition)*. Oxford University Press: New York.

McGlothlin, Erin Heather (2006): *Second-generation Holocaust literature: Legacies of Survival and Perpetuation*. Camden House, Rochester NY: Boydell& Brewer.

Mélich, Joan-Carles (1992): Antropología simbólica y acción educativa. Barcelona, Paidós. En *Encuentros con la expresión*. Revista de arte-terapia y artes. Vol II. Pág. 105. Mancomunidad del Valle de Ricote. Murcia.

Melo, E. B., da Silveira Gomes, A., & Carvalho, I. (2006): alpha and beta Glucosidase inhibitors: chemical structure and biological activity. *Tetrahedron*, 62(44), 10277-10302.

Melzack, R. (1975): The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.

Menéndez, C. (2009): *"Arteterapia con Mujeres en Prostitución"*. (Objeto – Sujeto – Objeto. Encuentros con la expresión. "Imágenes en Arteterapia. Recorridos del inconsciente". Revista de Arteterapia y Artes. Volúmen II

Mendel, G., & Prades, J. L. (2002): *Les méthodes de l'intervention psychosociologique*. Ed. La Découverte.

Meeus, M. (2007): Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clin Rheumatol* (2007) 26:465-473 DOI 10.1007/s10067-006-0433-9.

Merino, M. A. G. (2000): *La sociedad en que vivi (re) mos: introducción sociológica al cambio de siglo*. Lom Ediciones.

Merskey, H. (2001): Conversion, dissociation, or doxomorphic disorder. *Contemporary approaches to the study of hysteria: clinical and theoretical perspectives*, 171-183.

Metzl, E. S. (2008): Systematic analysis of art therapy research published in *Art Therapy: Journal of AATA* between 1987 and 2004. *The Arts in Psychotherapy*, 35(1), 60-73.

Michael, W. B., Zimmerman, W. S., & Guilford, J. P. (1950): *An Investigation of Two Hypotheses Regarding The Nature of the*.

Milligan ED, Watkins LR. Pathological and protective roles of glia in chronic pain. *Nat Rev Neurosci*. Jan 2009; 10 (1):23-36.

Miró, E., Diener, F. N., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., & Valenza, M. C. (2012): La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*, 24(1), 10-15.

Mohr, F. (1906): *Über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwertbarkeit*. Johann Ambrosius Barth.

Moi, T. (1988): *Teoría literaria feminista*.

Monti, D., Peterson, C., Shakin-Kunkel, E., Hauck, W.W., Pequignot, E., Rhodes, L., & Brainard, W.W. (2005): A Randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology* (in press). Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). doi:10.1002/pon.988.

Monterde, Salvat, Montull, y Fernández, (2004): Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*. Vol. 31. Núm. 9. Noviembre.

Moreno, I., & Montaña, A. (2000): Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la fibromialgia. *Revista española de reumatología: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Reumatología*, 27(10), 436-441.

Muñiz, J., & Fernández-Hermida, J. R. (2010): La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 108-121.

Money, J. (1955): Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings, *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 96.

Montoya P, Sitges C, García-Herrera M, Rodríguez-Cotes A, Izquierdo R, Truyols M, Collado D, (2006): Reduced brain habituation to somatosensory stimulation in patients with fibromyalgia.. Source Research Institute on Health Sciences (IUNICS), University of the Balearic Islands, Palma, Spain.

Mora, M. (2002): La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social*, (2), 078-102.

Morgan, D (2007): Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8 (3), 362-376.

Moreno, V., Namuche, F., Noriega, A. E., Vidal, M., Rueda, C., Pizarro, J., & Vidal, L. (2010): Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 71, No. 1, pp. 23-27). UNMSM. Facultad de Medicina.

Moustakas, C. (1999): Loneliness and self-disclosure. In A. C. Richards & T. Schumrun, (Eds.), *Invitations to dialogue: The legacy of Sidney M. Jourard* (pp. 107-112). Dubuque, IA: Kendall/Hunt Publishing.

Moustakas, C. (1990): *Heuristic research: Design, methodology and applications*. Newbury Park, CA: Sage.

Moustakas, C. (2000): Heuristic research revisited. In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental, & J. F. Pierson, (Eds.), *the handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice* (pp. 263-274). Thousand Oaks, CA: Sage.

Moustakas, C. (2002): Solitude and communion. *Association for the Integration of the Whole Person*, 2(2), 15.

Moustakas, C., & Moustakas, K. (2004): *Loneliness, creativity and love: Awakening meanings in life*. Philadelphia, PA: XLibris.

Müller, W., Schneider, E. M., & Stratz, T. (2007): The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology international*, 27(11), 1005-1010.

Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J.R. (2010): La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.

Moreno, I. & Montaña A. (2000): Aspectos psíquicos y psiquiátricos de la fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 27, 436-441.

Nadel and Jacobs (1996): The role of the hippocampus in PTSD, panic, and phobia. In: N. Kato's, Editor, *Hippocampus: Functions and clinical relevance*. Elsevier, Amsterdam. pp. 455-463.

Naumburg, M. (1947): publica *Free Art Expression of Behaviour Disturbed Children as a Means of Diagnosis and Therapy*.

Naumberg, M. (1958): *Art Therapy: Its scope and function in the clinical application of projective drawings*. New York: Gurne and Stratton as cited by Jacobs.

Novak, J. D. (1988): *Learning science and the science of learning*.

Nehamas, A. (1985). *Meno's Paradox and Socrates as a Teacher*.

Napadow, V., LaCount, L., Park, K., As Sanie, S., Clauw, D. J., & Harris, R. E. (2010): Intrinsic brain connectivity in fibromyalgia is associated with chronic pain intensity. *Arthritis & Rheumatism*, 62(8), 2545-2555.

Napadow V, Kim J, Clauw DJ, Harris RE, (2012): Decreased intrinsic brain connectivity is associated with reduced clinical pain in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. July; 64 (7):2398-2403.

Naumburg, M., & Kalkman, M. E. (1947): Studies of the "free" art expression of behavior problem children and adolescents as a means of diagnosis and therapy. *AJN The American Journal of Nursing*, 47(12), 853.

Naumburg, M (1996): *Dinamically oriented art therapy: Its principles and practices, illustrated with three case studies*. Chigaco: Magnolia Street.

Neumann, L., Berzak, A., & Buskila, D. (2000): Measuring health status in Israeli patients with fibromyalgiasyndrome and widespread pain and healthy individuals: Utility of the Short Form 36-item health survey (SF-36). In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 29, No. 6, pp. 400-408). WB Saunders.

Norman, N., Bent,D and Hadlai, H (1970): *Statistical Package for the Social Sciences*. New York: McGraw-Hill.

Nicassio P.M, Radojevic V, Schoenfeld-Smith K y Dwyer, K (1995): The contribution of family cohesion and the pain-coping process to depressive symptoms in fibromyalgia. *Ann Behav Med*, 17: 349-356.

Niklas, A;Brock, D; Schober, R; Schulz, A; Schneider, D (2004): Continuous measurements of cerebral tissue oxygen pressure during hyperbaric oxygenation--HBO effects on brain edema and necrosis after severe brain trauma in rabbits. *J Neurol Sci*. Apr 15; 219 (1-2):77-82

Norris, F. H. (1992): Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(3), 409.

Obiols Vié, J. (1973): *Revista del Departamento de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1(1), 44-6.

O'Carroll, R. E., Drysdale, E., Cahill, L., Shajahan, P., & Ebmeier, K. P. (1999): Stimulation of the noradrenergic system enhances and blockade reduces memory for emotional material in man. *Psychological medicine*, 29(5), 1083-1088.

Olesen, V.L. (2000): Feminism and qualitative research at and the millennium. In N.L.Denzin & Y.S.Lincoln, *Handbook of qualitative research* (pp. 215-255). Thousand Oaks, CA: Sage.

Okifugi, A (2002): Stress and psychophysiological dysregulation in patients with fibromialgia syndrome. *Applied Phychophysiology biofeedback*, 27 (2): 129-141, 2002.

Omenat, M (2006): "Arteterapia con mujeres que han sufrido violencia de género: Valor y uso del objeto artístico". *Revista Arteterapia*. Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos. Francisco J. Coll Espinosa. ISBN 84-8371-624-0, Universidad de Murcia. págs. 225-263

Omaha, J (2004): *Psychotherapeutic interventions for emotion regulation*, W.W. Norton &

Company, New York.

Ornstein, A. (2006): Artistic creativity and the healing process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(3), 386-406.

Pagés, (1968) en López, J; Martínez, M; Piñeiro, J; Távora, A; Martín, J; Argente, A; Martínez, M (1989): Resúmenes de patología psicosomática. Círculo de Estudios Psicopatológicos. Granada

Padrón, J. (2007): Tendencias epistemológicas de la investigación científica en el siglo XXI. Cinta de Moebio. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (28).

Pain, S (1995): la psicoterapia por el arte. Ed. Paidós

Pain, S (2008): En sentido figurado, fundamentos teóricos de la arteterapia, Buenos Aires, Editorial Paidós.

Pamuk ON, Cakir N, (2005): The variation in chronic widespread pain and other symptoms in fibromyalgia patients. The effects of menses and menopause. Department of Rheumatology, Trakya Medical Faculty, University of Trakya, Edirne, *Clin Exp Rheumatol*. Nov-Dec; 23 (6):778.

Panhofer, H (2005): *"El cuerpo en psicoterapia"*. Teoría y práctica de la Danza. Movimiento Terapia. Edicitorial Gedisa.

Plaza, A. M. C., Sanz, J. L., & Valverde, J. I. B. (2007): La Fibromialgia y sus implicaciones personales y sociales en los pacientes de la comunidad de Madrid. Defensor del Paciente.

Price, D. D., Bush, F. M., Long, S., & Harkins, S. W. (1994): A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales. *Pain*, 56(2), 217-226.

Patton, M.Q. (1990): *Qualitative evolution and research methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.

Panasetis, P., & Bryant, R. A. (2003): Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *Journal of traumatic Stress*, 16(6), 563-566.

Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002): SPSS 11. Guía para el análisis de datos. Madrid: McGraw-Hill. ISBN 9788448137502.

Parker, J., Smarr, K. et al. (1995): Effects of stress management of clinical outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 38, 1807.

Patton, M. Q. (1990): *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.

Payne, H. (1992): *Dance Movement Therapy: theory and practice*. London: Routledge.

Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004): *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.

Pereña, F (2010): "La pulsión y la culpa". Nadie sabe lo que puede un cuerpo. Editorial Síntesis Freud, S. (1923). "El yo y el Ello".

Pérez, (1984) en López, J; Martínez, M; Piñeiro, J; Távora, A; Martín, J; Argente, A; Martínez, M (1989): Resúmenes de patología psicósomática. Círculo de Estudios Psicopatológicos. Granada.

Perez H, (2001): Teatro de las Histerias y de cómo Charcot descubrió, entre otras cosas que también había histéricos. Fondo de Cultura Económica, México.

Pérez, I. R., Linares, M. U., Pérez, M. B., Castaño, J. P., de Labry-Lima, A. O., & Torres, E. H. (2007): Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia. *Revista clínica española*, 207(9), 433-439.

Pichon-Rivière, E. (1956): Presentación de Hacia la pintura, de Franco Di Segni. versión mimeografiada, Buenos Aires, Movimiento NOA. Rivière, P (1975) El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social I. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Pichón-Rivière, E (1985): *"El concepto de portavoz"*. Temas de Psicología Social. Buenos Aires.

Pichón-Rivière, E. (1970): Una teoría de la enfermedad. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I), 173-184.

Piñero, J. M. L. (1985): Ciencia y enfermedad en el siglo XIX. Península.

Piotrowski, C. (1996): Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. *Psychological Reports*, 79(3), 873-874.

Pisano, G (2001): Entrevista Sara Pain,. Ignota, Julio/Agosto 2001. *"Identidad y devenir subjetivo"*. Psicoanálisis: Cambios y permanencias. Pag 161-179

Plesh, O., Wolfe, F., & Lane, N. (1996): The relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: prevalence and symptom severity. *The Journal of rheumatology*, 23(11), 1948-1952.

Prinzhorn, H. (2013): Artistry of the mentally ill: A contribution to the psychology and psychopathology of configuration. Springer Science & Business Media.

Pol, A (2002): en Calaf Masach, R., Gillate, I., & Gutiérrez Berciano, S. (2015): Transitando por la evaluación de los Programas Educativos de Museos de Arte del proyecto ECPEME1.

Pol A. (2015): Poéticas desde el trauma y los afectos: articulaciones de otras voces [auto] biográficas "entre"-guerras. Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid.

Polanyi, M. (1962): Personal Knowledge: an evolutionary approach.

Pollock, J (1949) en Almazán, S. A. (2000): El arte de acción (Vol. 7). Editorial NEREA.

Pollock, G. (2007): Encounters in the virtual feminist museum: time, space and the archive (pp. 1-262). London and New York: Routledge.

Quintner y Cohen, (1999): *"Fibromialgia falls foul of a fallacy"*, *The Lancet*, vol. 353, marzo, p. 27.

Oxman TE, Rosenberg SD, Schunurr PP, et al. (1985): Linguistic dimensions of affect and thought in somatization disorder. *Am J Psychiatry*. 142:1150-5.

Raphael K G, Widom C S and Lange G (2001): Childhood victimization and pain in adulthood:

A prospective investigation. *Pain*, 92 (1 – 2), 283 – 293.

Ráfols, J. F. (1980): Diccionario de artistas de Cataluña, Valencia y Baleares (Vol. 1). Edicions Catalanes.

Rasmussen, B. K. (1995): Epidemiology of headache. *Cephalalgia*, 15(1), 45-68.

Raspe (1986): Chronische polyarthrititis. In T. V. Uexkuell (Ed.).

Raspe y Croft, P (1995): "Fibromialgia", *Bailliere's Clinical Rheumatology*, vol. 9, nº 3, agosto.

Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Ffischer, R. E., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage, C. R., & Pitman, R. K. (1996): A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53(5), 380-387.

Reeves, W.C., Jones, J.F., Maloney, E., Heim, C., Hoaglin, D.C., Boneva, R., Morrissey and Devlin, R., (2007): Prevalence of chronic fatigue syndrome in metropolitan, urban, and rural Georgia. *Population Health Metrics*, 5(1), 5.

Restrepo-Medrano, J. C., Ronda-Pérez, E., Vives-Cases, C., & Gil-González, D. (2009): ¿Qué sabemos sobre los Factores de Riesgo de la Fibromialgia?. *Revista de Salud Pública*, 4, 662-674.

Rimsza M E, Berg R A and Locke C (1988): Sexual abuse: Somatic and emotional reactions. *Child Abuse and Neglect*, 12 (2), 201–208.

Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991): Attributions of common somatic symptoms. *Psychological medicine*, 21(04), 1029-1045.

Robinson, M. E., Myers, C. D., Sadler, I. J., Riley III, J. L., Kvaal, S. A., & Geisser, M. E. (1997): Bias effects in three common self-report pain assessment measures. *The Clinical journal of pain*, 13(1), 74-81.

Robles, I; Robinson, M. E.; Riley III, J. L; Myers, C. D; Sadler, I. J; Kvaal, S. A; Geisser, M. E., & Keefe, F. J. (1997): The Coping Strategies Questionnaire: a large sample, item level factor analysis. *The Clinical journal of pain*, 13(1), 43-49.015): Foulkes y Pichón: un diálogo pendiente. *Revista psicoanálisis y psicología social*. Año 6/ Nº 4/Madrid

Rodulfo, R., & Pelento, M. L. R. R. (1989): El niño y el significante: un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana (No. 159.964. 2-053.2). Paidós,

Rodríguez, G; Gil, J; García, E (1996): Metodología de la Investigación Cualitativa. Ediciones Aljibe.

Rodríguez J, Troll G (2001): *L'Art Thérapie. Pratiques, techniques et concepts*. Paris: Ellébore.

Rodríguez, J. O., & Martínez, J. R. (2004): El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. *Revista de Psicoanálisis*, (16).

Romano (1980): Seminario. EL pensamiento de Donal D. Winnicott. El objeto transicional. Clase 27. Master de Arteterapia y Mediación Plástica. Facultad de Psicología de Murcia. 2007.

- Romo, M (2005): *Psicología de la creatividad*. Barcelona. Paidós.
- Rojas, C. (2000): *Fibromialgia*. *Revista Chilena de Reumatología*, 16, 50-54.
- Ruiz en Corral (2007) en Galdós, J. S., Ruiz, B. F., & Estramiana, J. L. Á. (2007): *De Moscovicci a Jung: el arquetipo femenino y su iconografía*. Athenea Digital. *Revista de pensamiento e investigación social*, (11), 132-148.
- Rubin, J. A. (1984): *Child art therapy: Understanding and helping children grow through art*. Van Nostrand Reinhold Company.
- Rosenberg, J., Mahy, R., Huitema, C., & Weinberger, J. (2003): *STUN-simple traversal of user datagram protocol (UDP) through network address translators (NATs)*.
- Rothschild, B (2000): *The body remembers*. Norton & Company, New York. W.W. Norton & Company, New York (2000).
- Roudinesco, Elisabeth; Plon, Michel (2008): *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. p. 859.
- Rose, L., Mallinson, R. K., & Walton-Moss, B. (2002): *A grounded theory of families responding to mental illness*. *Western Journal of Nursing Research*, 24(5), 516-536.
- Rubia, F.J (2006): *¿Qué sabes de tu cerebro?.* Madrid. Temas de hoy.
- Ruiz, J.A. y Bermúdez, J. (1989): *Consideraciones en torno al Beck Depression Inventory como instrumento de identificación de sujetos depresivos en muestras subclínicas*. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 5, 255-272
- Ruiz, J.A. y González, P. (1994): *Implicit and explicit memory bias in depressed and nondepressed subjects*. *Cognition and Emotion*, 8, 555-569.
- Ruiz, J.A. y Maldonado, J.A. (1983): *Reconocimiento de estímulos neutros y emotivos: Un análisis de la teoría de detección de señales en la depresión*. *Psicológica*, 4, 67-83.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., & del Río-Lozano, M. (2007): *Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women*. *The European Journal of Public Health*, 17(5), 437-443.
- Ruiz, J.A. y Vielva, C. (1991): *Efecto del recuerdo congruente en estudiantes depresivos*. *Boletín de Psicología*, 33, 83-91.
- Rustin, M. (2001): *The therapist with her back against the wall*. *Journal of Child Psychotherapy*, 27(3), 273-284.
- Ryas, M (2006) en Lopez, M y Martinez, N (2006): *Arteterapia: Conociemiento interior a través de la expresión artística*. Ediciones Tutor.
- Salisbury, S.(1999): *Outcome in chronic pain: effects of affect symbolization and capacity for relatedness*. Michigan, Ann Arbor: UMI Dissertation Services.
- Salvat, M. (1973): *La crisis de la Institución familiar*. Salvat Editores.

- Samuels, M y Rockwood, M (2000). *Creatividad curativa*. Buenos Aires: Vergara.
- Samborski W, Sobieska M, Pieta P, Drews K, Brzosko M. (2005): Normal profile of sex hormones in women with primary fibromyalgia. *Ann Acad Med Stetin*.51 (2):23-6.
- Sánchez, R., & Echeverry, J. D. E. D. M. (2004): en *Salud. Rev. Salud Pública*, 6(3), 302-318.
- Sánchez en Corral, N (2006): Condición melancólica de la feminidad y creación femenina. *Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol. 1. 109-117.
- Sánchez, P. T., Sánchez, J. M., de Lamo, M., & Peiró, G. (2014): Psicobioquímica (estrés, ansiedad y depresión) en Fibromialgia. *CM de Psicobioquímica*, 3, 55-68.
- Sánchez, L. S. (2015): Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (1).
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998): Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Sanz, J. (1992): Constructos personales y síntomas depresivos: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 403-411. Sanz, J. (1994). ¿Existen los autoesquemas depresivos y ansiosos? *Boletín de Psicología*, 43, 53-88.
- Sanz, J. (1996): Memory biases in social anxiety and depression. *Cognition and Emotion*, 10, 87-105.
- Sanz, J. y Avia, M.D. (1994): Cognitive specificity in social anxiety and depression: Selffocused attention, self-statements and dysfunctional attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 105-137.
- Sanz, F (1995): "Los vínculos amorosos". 5º Edición. Barcelona: Kairós.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1997): Factor structure of the Beck Depression Inventory in clinical and non-clinical samples. Manuscrito en preparación.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1997): El Inventario para la Depresión de Beck (BDI) como instrumento para identificar sujetos deprimidos y no deprimidos en la investigación psicopatológica. Criterios de selección en muestras universitarias. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998): Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003): Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz y Carmelo (1998): Fiabilidad y validez y datos normativos del inventario para la depresión del Beck. *Psicothema*, 1998. Vol. 10, nº 2, pp. 303-318
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1997): Factor structure of the Beck Depression Inventory in clinical and non-clinical samples. Manuscrito en preparación.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1997): El Inventario para la Depresión de Beck (BDI) como instrumento para

identificar sujetos deprimidos y no deprimidos en la investigación psicopatológica. Criterios de selección en muestras universitarias. Manuscrito bajo revisión editorial.

Sanz, F. (2007): La fotobiografía. Editorial Kairos. Barcelona, España.

Savage, C.R., Fischman, A.J., Jenike, M.A., & Pitman, R.K. (1994): Positron emission scans of traumatic imagery in PTSD patients. In annual conference of ISTSS.

Sarup, M. (1993): An introductory guide to post-structuralism and postmodernism. Pearson Education.

Sbandi, P (1973): Psicología de grupos Barcelona: Herder, 1977.

Schore, A. L. (1984): Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum Associates

Schaverien, J. (1989): Transference and the picture: art therapy in the treatment of anorexia. London: Inscape, 41-9.

Shaverian, J (1991): The Reveling Image: analytical art psychotherapy in theory and practice, London, Jessica Publisher.

Schaverien, J. (1993): The retrospective review of pictures. Handbook of inquiry in the arts therapies: one river, many currents, 91.

Schaverian, J (1999): "*Art within analysis: scapegoat, transference and transformation*". Journal of Analytical Psychology, 1999, 44, 479-519.

Schwartz, B. (1967): The social psychology of the gift. American Journal of Sociology, 1-11.

Shvero, J., Koren, R., Shpitzer, T., Feinmesser, R., & Segal, K. (2003): Immunohistochemical profile and treatment of uncommon types of thyroid carcinomas. Oncology reports, 10(6), 2075-2078.

Scudds, R., Rollman, G., Harth, M. et al. (1987): Pain perception and personality measures as discriminators in the classification of fibrositis. The Journal of Rheumatology, 14, 563-569.

Schwandt, T (1994): "*Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry*". En Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (eds.) Handbook of Qualitative Research, pp.118-137. London, Sage.

Schmidt-Wilcke, T., & Clauw, D. J. (2011): Fibromyalgia: from pathophysiology to therapy. Nature Reviews Rheumatology, 7(9), 518-527.

Schore, 1984 en Bleichmar (2001): El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes

Schomberg, D., & Olson, J. K. (2012): Immune responses of microglia in the spinal cord: contribution to pain states. Experimental neurology, 234(2), 262-270.

Sen, G, George, A y Ostlin, P (2005): "*Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*". Organización Panamericana de la Salud.

Seligman, (1975): Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: W. H. Freeman.

Simon GE, (1991): Vonkorff M. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH epidemiological catchment area study. *Am J Psychiatry*. 1991; 148:1490-9

Smith Jr, G. R., Monson, R. A., & Ray, D. C. (1986): Psychiatric consultation in somatization disorder. *New England Journal of Medicine*, 314(22), 1407-1413.

Smith GR, (1991): Somatization disorder in the medical setting. Washington: American Psychiatric Press;

Smith, CA y Wallston, KA. (1992): Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychol*, 11: 151-162.

Smith HS, (2010): Activated microglia in nociception. *Pain Physician*. May-Jun; 13(3):295-304.

Smythe, H. y Moldofky H. (1977): Two contributions to the understanding of the fibrositis syndrome. *Bull Rheum Dis*, 28, 928-31

Smythe, H. A., Gladman, A., Mader, R., Peloso, P., & Abu-Shakra, M. (1997): Strategies for assessing pain and pain exaggeration: controlled studies. *The Journal of rheumatology*, 24(8), 1622-1629.

Snow-Turek AL, Norris M y Tan G. (1996): Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64: 455-462.

Slavson, S. R., & Saltzmann, C. E. (1976): *Tratado de psicoterapia grupal analítica*. Paidós.

Sledjeski, E. M., Speisman, B., & Dierker, L. C. (2008): Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *Journal of behavioral medicine*, 31(4), 341-349.

Solomon (1981): Emotional and personality factors in the onset of autoimmune disease, particularly rheumatoidarthritis. InR. Ader (Ed.), *Psychoimmunology* (pp. 159-182). New York: Academic Press.

Stansfeld, S.A., Robert, R y Foot, S.P (1997): «Assessing the validity of the SF-36 general Health Survey». *Quality of Life Research* 6(3), 217-224.

Staud R, Robinson ME, Vierck CJ, Jr., Price DD, (2003): Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC) attenuate temporal summation of second pain in normal males but not in normal females or fibromyalgia patients. *Pain*. January; 101(1-2):167-174.

Steckel, W. (1943): *The interpretation of dreams*. New York: Liverright.

Steindler, A. (1939): The compensation-derotation treatment of scoliosis. *J Bone Joint Surg Am*, 21(1), 51-58.

Stern, D. (1998): Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The'something more'than interpretation. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 79(5), 903.

- Sternberg, R. J. (1988): *The triarchic mind: A new theory of human intelligence*. Viking Pr.
- Sternberg, E. (1993): Hypoimmune fatigue syndromes: Diseases of the stress response? *Journal of Rheumatology*, 20, 207.
- Stubbs, J. R., Idiculla, A., Slusser, J., Menard, R., & Quarles, L. D. (2010): Cholecalciferol supplementation alters calcitriol-responsive monocyte proteins and decreases inflammatory cytokines in ESRD. *Journal of the American Society of Nephrology*, 21(2), 353-361.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1970): *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982): *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Spielberger, C.D. (1989): *State-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography (2ª ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spradley, J. (1980): *Observación participante*. New York: Rinehart and Winston, 7-25.
- Souza, E., Serrano Castañeda, J. A., & Ramos Morales, J. M. (2014): Autobiografía y educación: tradiciones, diálogos y metodologías. *Revista mexicana de investigación educativa*, 19(62), 683-694.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Rodgers, W., & Ward, L. C. (2004): Path model of psychological antecedents to pain experience: experimental and clinical findings. *The Clinical journal of pain*, 20(3), 164-173.
- Surawy, C., Roberts, J., & Silver, A. (2005): The effect of mindfulness training on mood and measures of fatigue, activity, and quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list: a series of exploratory studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(01), 103-109.
- Suzuki, T., Tsukamoto, K., y Abe, K. (2000): Characteristic factor structures of the Japanese version of the State-Trait Anxiety Inventory: Coexistence of positive-negative and State-Trait Factor Structures. *Journal of Personality Assessment*, 74, 447-458.
- Swartz, M., Landerman, R., George, L. K., Melville, M. L., Blazer, D., & Smith, K. (1991): Benzodiazepine anti-anxiety agents: prevalence and correlates of use in a southern community. *American Journal of Public Health*, 81(5), 592-596.
- Talwar, S. (2007): Accessing traumatic memory through art making: An art therapy trauma protocol (ATTP). *The Arts in Psychotherapy*, 34(1), 22-35.
- Távora, A (2003/2005/2007/2008):
 (2003): "Ser feminista, ser psicoterapeuta". Cuadernos de Salud Pública.
 (2005): "¿Por qué analizar el amor? Nuevas posibilidades para el estudio de las desigualdades de género". Comunicación presentada dentro del Simposio "Cambios culturales y desigualdades de género en el marco local-global actual" que tendrá lugar dentro del X Congreso de Antropología de la F.A.A.E.E., en Sevilla los días 19 al 22 de septiembre.
 (2007): Rivero, A. T. (2007). El cuerpo como lugar de expresión de los conflictos (pp. 143-162). Universidad de Granada.

(2008): "El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuesta". Anuario de psicología. Vol. 39. Nº1. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

Távora, A (2016): La transformación de las identidades: del proceso de la enfermedad a la salud. Arteterapia, Mujer y Género: Identidades Nómadas. 8-31 marzo. Universidad de Granada.

Tashakkori, A y Teddlie, C (1998): Combining Qualitative and Quantitative Approaches. International Educational and Professional Publisher Thousand Oaks. Sage Publication. London. New Delhi.

Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2003): Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. Handbook of mixed methods in social & behavioral research, 3-50.

Taylor, M., Trotter, D. & Csuka, M. (1995): The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. Arthritis & Rheumatism, 38, 229-234.

Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974): Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. Journal of abnormal psychology, 83(3), 268.

Tennen, H., Hall, J.A. y Affleck, G. (1995): Depression research methodologies in the Journal of Personality and Social Psychology: A review and critique. Journal of Personality and Social Psychology, 68, 870-884.

Therapy Association 21 (2004): (3), pp. 125–135. View Record in Scopus | Cited By in Scopus (9) Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 18 (2001) (1), pp. 6–13.

The Parker Institute, Frederiksberg Hospital, Copenhagen University Hospital, Frederiksberg, Denmark. (2007): Treatment of torture victims--a longitudinal clinical study; 17(1):11-7.

Thieme, K; Turk DC, Flor H, (2004): Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. Psychosom Med 2004; 66:837–44

Tizio, H (2005): Presentación en el I Stage del G.I. Psicoanálisis y Medicina "Clínica lacaniana del dolor". Máster de Arteterapia y Mediación Plástica. 2007. Universidad de Murcia.

Torrance, H. (1993): Formative assessment: some theoretical problems and empirical questions. Cambridge Journal of Education, 23(3), 333-343.

Torrance, E. P. (2003): Torrance Tests of Creative Thinking: Figural Forms. Scholastic Testing Service.

Toscano, P. M. D. (2005): Investigación en arteterapia. In Arteterapia: principios y ámbitos de aplicación (pp. 127-152).

Torres L, A. y Troncoso, S. E (2006): Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. Revista Latinoamericana de Psicología. Print version ISSN 0120-0534. Universidad de Chile. rev. latinoam.psicol. vol.38 no.2 Bogotá May/Aug.

Tubert (1992): Desórdenes del cuerpo. Revista de Occidente. Nº 134-135

Tubert, S (2001): Deseo y representación: convergencias de psicoanálisis y teoría feminista.

Editorial Síntesis.

Turk, DC, (1996): Effect of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. *Pain*, 68: 423-430.

Travell, J., & Rinzler, S. H. (1952): The myofascial genesis of pain. *Postgraduate Medicine*, 11(5), 425-434. van der Kolk, 2002 B.A. van der Kolk, Beyond the talking cure: Somatic experience, subcortical imprints and the treatment of trauma. In: F. Shairo, Editor, EMDR, promises of a paradigm shift, N.Y. APPA Press (2002).

Van der Kolk, 2003 van der Kolk, B.A. (2003): Frontiers in trauma treatment. Presented at the R. Cassidy Seminars, St. Louis, MO, 2004.

Van der Kolk, B.A. van der Kolk, (1994): The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress, *Harvard Review Psychiatry* 1 (5), pp. 253–263.

Vannay, V. (2014): Musicoterapia en personas con Fibromialgia. La casita de la Paz. Zamora.

Vanderpool et al., (1991): en Dixon, R. C., & Vanderpool, J. S. U.S. Patent No. 5,016,255. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.

Vázquez, C. (1986): Escalas evaluadoras de la depresión: Limitaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 101-113.

Vázquez, C., & Sanz, J. (1995): Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. *Manual de psicopatología*, 2, 299-340.

Vidal, L., Posadas, G. Mayta, M., España, J., Mayta, A. & Cabello, E. (1997): Síndrome de Fibromialgia: Características Clínicas. *Fronteras médicas*, 5(3), 125-134.

Vidal Ledo, M., & Rivera Michelena, N. (2007): Investigación-acción. *Educación Médica Superior*, 21(4), 0-0.

Vinogradov y Yalon (1996): Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona. Paidós.

Von Bergman, G. (1970): Concepto e importancia de la biología, patología y terapéutica funcionales. *Folia clínica internacional*, 20(3).

Van der Kolk, (1994): B.A. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress, *Harvard Review Psychiatry* 1 (5), pp. 253–263.

Van Der Ploeg, E., & Kleber, R. J. (2003): Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and environmental medicine*, 60(suppl 1), i40-i46.

Vercauteren, D (2010): Micropolíticas de los grupos. Para una ecología de las prácticas colectivas Traficante de sueños. 2010. Industrias mi cuerpo. (1994-1999). Un proyecto de Gestión Cultural.

Velasco Furlong, L., Zautra, A., Penacoba Puente, C., López-López, A., & Barjola Valero, P. (2010): Cognitive-affective assets and vulnerabilities: two factors influencing adaptation to fibromyalgia. *Psychology and Health*, 25(2), 197-212.

Vigotsky, L. S. (1979): El desarrollo de los procesos psicológicos superiores (pp. 159-178). M. Cole (Ed.). Barcelona: Crítica.

Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994): Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of traumatic stress*, 7(2), 289-302.

Vredenburg, K., Flett, G.L. y Krames, L. (1993): Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 113, 327-344.

Vigneau, F., y Cormier, S. (2008): The factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory: An alternative view. *Journal of Personality Assessment*, 90, 280-285.

Waller, D (2014): *Group Interactive Art Therapy*. Routledge.

Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989): Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review*, 96(2), 234

Walsh C A, Jamieson E, MacMillan H and Boyle M (2007): Child Abuse and Chronic Pain in a Community Survey of Women. *Journal of Interpersonal Violence* 22(12), 1536 – 1554.

Walsh, D. A., & McWilliams, D. F. (2012): Pain in rheumatoid arthritis. *Current pain and headache reports*, 16(6), 509-517.

Waylonis, G. W. y Perkins, R. H. (1994): Post-traumatic fibromyalgia. A long term follow-up.

Ware, J.E. (2000): «SF-36 Health Survey update». *Spine* 25(24), 3130-3139.

Ware, J.E y Sherbourne, C.D. (1992): «The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection». *Medical Care* 30(6), 473-483.

Waylonis, G. W., & Perkins, R. H. (1994): Post-Traumatic Fibromyalgia: A Long-Term Follow-Up. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 73(6), 403-412.

Wengrower, H. (2012): *Ciencia y arte: Investigación usando medios artísticos. Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Universidad Complutense de Madrid.

Wessely y Hotopf (1999): *“Is fibromyalgia a distinct clinical entity? Historical and epidemiological evidence”*, *Baillier’s Clinical Rheumatology*, vol. 13, pp. 427-436.

Whitaker, D. (1965): *Stock and Lieberman*.

White PD (1990): Fatigue and chronic fatigue syndromes. En: Bass C, editor. *Somatization: Physical Symptoms & Psychological Illnes*. Oxford.

White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London fibromyalgia epidemiology study (1999): direct health care costs of fibromyalgia syndrome in London, Canada. *J Rheumatol*;26: 885–9.

White, K. P., Carette, S., Harth, M. y Teasell, R.W. (2000): Trauma and fibromyalgia: is there an association and what does it mean?. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 29, 200-216.

Wilde, O. (2012): *El Retrato de Dorian Gray*. México, D. F.: Porrúa. p.16

Winfield, J.B. (1999): "*Pain in fibromyalgia*". Rheumatic disease clinics of North America, vol. 25, nº1, febrero.

Winnicott, D. (1949): La mente y su relación con el psiquesoma, en *Pediatría y psicoanálisis*. Ed. Laia, Barcelona, 1978.

Winnicott, D W (1965): *The International Journal of Psycho-Analysis* 39 (Jan 1, 1958): 416. The Capacity to be Alone.

Winnicott, D (1965): "*Los procesos de maduración en el ambiente facilitador*".

Winnicott (1967): "*The Maturation Processes and the Facilitating Environment*". Hogart Press and the Inst. of Psych. 1965. b) "Objetos y fenómenos transicionales. Un estudio sobre la primera posesión no-Yo". *Rev. de Psicoanálisis*, 1967, 4.

Winnicott, D. W. (1979): Reparación con respecto a la organización antidepresiva de la madre. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*.

Winnicott, D (2002): "*Realidad y juego*". Ed. Gedisa.

Wood, B., Orsak, C., Murphy, M., & Cross, H. J. (1996): Semistructured child sexual abuse interviews: Interview and child characteristics related to credibility of disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 81-92.

Wolf, C. J. (2011): Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3), S2-S15.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, (1990): The American College of Rheumatology: Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.

Wolfe, F. et al. (1995): The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38, 19-28. Wolfe, F., & Potter, J. (1996). Fibromyalgia and work disability: Is fibromyalgia a disabling disorder?. *Rheumatic disease clinics of North America*, 22(2), 369-391.

Wolfe, F., Russel, I., Viprain, G., Ross, K. y Anderson J. (1997): Serotonin levels, pain threshold, and fibromyalgia symptoms in the general population. *Journal of Rheumatology*, 24, 555-9.

Wolfe, F. (1997): The fibromyalgia problem. *Journal of Rheumatology*, 24, 1247- 49.

Wolfe, F. (1997): The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Annals of Rheumatic Disease*, 56, 268-271.

Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R. M., Caro, X. J., Goldenberg, D. L. et al. (1997): A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and cost in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 40, 1560-1570.

Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro X, Goldenberg DL, (1997): Health status and disease severity in fibromyalgia: results of a six center longitudinal study. *Arthritis Rheum* 40: 1571-9

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. (2010): The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for

fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*; 62:600-10.

World Health Organization. (1992): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO.

Wood,P; Schweinhardt, P; Jaeger, E; Dagher, A;Hakyemez, H; Eugenii ,A; Rabiner, M; Bushnell, C (2007): Fibromyalgia patients show an abnormal dopamine response to pain. *European Journal of Neuroscience* Volume 25, Issue 12, pages 3576–3582, June. Article first published online: 28 JUN 2007 DOI: 10.1111/j.1460-9568.2007.05623.x.

Wylie, M.S (2004): The limits of talk therapy: Bassel van der Kolk wants to transform the treatment of trauma, *Psychotherapy Networker* 28 (1), pp. 30–41.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005): *Theory and practice of group psychotherapy*. Basic books.

Yunus, MB (1989): Fobromyalgia syndrome: mew research on an old malady. *British Medical Journal*, 298, 474- 475.

Yunus, M. B. (1994): Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillière’s clinical rheumatology*, 8(4), 811-837.

Yunus, (2001): The role of gender in fibromyalgia syndrome. *Current Rheumatology Reports*, 3, 128-134.

Yunus, MB et al., (2000): Relationship between body mass index and fibromyalgia features. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 31, 27-31.

Yunus et al., (2004): Fibromyalgia in men: Comparison of psychological features with women. *Journal of Rheumatology*, 31, 2464-2467.

Yunus MB, Masi AT, Aldag JC. (1989): Preliminary criteria for primary fibromyalgia syndrome (PFS): multivariate analysis of a consecutive series of PFS, other pain patients, and normal subjects. *Clin Exp Rheumatol* ;7: 63–9.

Yunus, MB. (2007): Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum*. Jun 2007;36(6):339-356.

Yunus, MB. (2007): Role of central sensitization in symptoms beyond muscle pain, and the evaluation of a patient with widespread pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. Jun ;21(3):481-497.

Yunus, MB. (2008): *SourceSection of Rheumatology*, The University of Illinois College of Medicine at Peoria, Peoria, Illinois 61605, USA.

Yin, R. K. (2009): *Case study research: Design and methods* 4th ed. In United States: Library of Congress Cataloguing-in-Publication Data.

Zarazaga R. E, López, A y Ramírez, C.M (1999): Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor. *Revista de Psicología dela Salud*, 11(1-2). Dpto. de Psicología Social y de la Personalidad Facultad de Psicología Universidad de Málaga

Zhang JH, Lo T, Mychaskiw G, Colohan A.(2005): Mechanisms of hyperbaric oxygen and neuroprotection in stroke. *Pathophysiology*; 12(1):63-77.

REFERENCIAS ON LINE:

Abraham, N. y Torok, M. (1978, 1989): La corteza y el núcleo, Buenos Aires, Amorrortu, 2005. <http://www.temasdepsicoanalisis.org/transmision-transgeneracional-y-situaciones-traumaticas/>.

Alonso, M. A. (2012): Mujeres y Arteterapia. Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Universidad Complutense de Madrid. Enlace online: <http://eprints.ucm.es/16737/1/T34015.pdf> (10/02/2014).

Arte y cuerpo. http://www.marco.org.mx/exposiciones/pdf/expo_arte_y_cuerpo.pdf (09/11/2010).

Arte terapia: Cómo expresar las emociones a través del Arte. www.revistasaludalternativa.com/arteterapia-como-expresar-las-emociones-a-traves-del-arte/ (10/03/2015).

Arteterapia, un acompañamiento para la creación y la transformación. <http://revistas.ucm.es/edu/18866190/articulos/ARTE0606110019A>. (09/11/2010).

Arteterapia y salud mental. http://www.vallericote.net/documentos/publicaciones/revista_at06_anahdez.pdf (09/11/2010).

Arteterapia. Otra forma de curar: <http://www.cesdonbosco.com/revista/revistas/revista%20ed%20futuro/Ef10/Experiencias/1beatriz.pdf> (09/11/2010).

Arteterapia y Cancer en cuidados paliativos: http://www.vallericote.net/documentos/publicaciones/revista_at08_nadiacollette. (09/11/2010).

Art therapy. Journal of the American Art Therapy Association. www.arttherapyjournal.org/review.html. (10-11-2010).

Art therapy for groups: a handbook of themes and exercises. http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=-OFFqN0SnYC&oi=fnd&pg=PR1&dq=art+therapy+review&ots=d6o5F5ZnW_&sig=DNOW8hWfEK6Kuz_lfbDHnNDz_mo#v=onepage&q=art%20therapy%20review&f=false. (10-11-2010).

Aspectos psicológicos de la fibromialgia. <http://www.buscadorpdf.com/search2.php?search=stai+fibromialgia&button=Buscar+PDF> Associació Catalana d'Afectats de Fibromiàlgia (ACAF). (02/11/2010).

Approaches to art therapy: Theory and technique: <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=kTYI3nzRgLUC&oi=fnd&pg=PR9&dq=art+therapy+review&ots=6HydZV2ERr&sig=SFFyifKEnKqTswsV5xOAhixh2Y#v=onepage&q=art%20therapy%20review&f=false>. (02/11/2010).

Aguirre, E (2016) Discusiones en la psicología contemporánea. Psicología Social <http://www.digital.unal.edu.co/1293/4/03CAPI02.pdf> (04-01-2016)

A Novel Holistic Explanation for the Fibromyalgia Enigma: Autonomic Nervous Dysfunction. (<http://www.fmpartnership.org/Files/Website2005/Learn%20About%20Fibromyalgia/Articles/Novel%20Holistic%20Explanation.htm>). (05/11/2010).

Body and expresión: Art therapy with rheumatoid patients: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&hid=11&sid=1521b595-e026-4838-92fd5e157e9d83cf%40sessionmgr14&bdata=Jmxhbm>

c9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=vth&AN=9610313519. (05/11/2010).

BUCM: Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística revistas.ucm.es/portal/modulos.php?...id=ARTE - En caché - Similares. (05/11/2010).

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2005), Junta de Andalucía. Las personas con trastornos mentales graves y los medios de comunicación. <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/>. (10-11-2015).

Comunidad de Madrid y Obra Social de Caja Madrid. Estigma social y enfermedad mental. (2006) <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/> Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Visitado (10-11-2015).

Champernowne, I Art Therapy: [https://books.google.es/books?id=CauHAAQBAJ&pg=PA36&lpg=PA36&dq=Champernowne+\(1971\)&source=bl&ots=V94j_pGBER&sig=blzVJVwFehrE1diJo_deLuFtjU&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjTsM_E17HOAhVLWBQKHdxxDIMQ6AEIHjAA#v=onepage&q=Champernowne%20\(1971\)&f=false](https://books.google.es/books?id=CauHAAQBAJ&pg=PA36&lpg=PA36&dq=Champernowne+(1971)&source=bl&ots=V94j_pGBER&sig=blzVJVwFehrE1diJo_deLuFtjU&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjTsM_E17HOAhVLWBQKHdxxDIMQ6AEIHjAA#v=onepage&q=Champernowne%20(1971)&f=false). (05-05-2015).

Cordero, M; Alcocer-Gómez, E; Cano-García, M; Sánchez-Alcázar, J.A; Moreno Fernández, A (2010): bajos valores de serotonina en suero se correlacionan con la gravedad de los síntomas de la fibromialgia. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310006123>. Volume 135, Issue 14, 13.Pp: 644–646. (02-05-2016)

Edelson, A (2013). Trauma Transgeneracional. <http://spm.mx/home/trauma-transgeneracional/> (02-05-2016).

Eyrard, E; Escobar, E; Teyar, J: Depresión, ansiedad y fibromialgia: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134804610000972>. (05-05-2015).

Fibromialgia. Síndrome de Fatiga crónica y síndrome químico múltiple: <http://www.fibromialgia.nom.es/> (17/10/2010).

Fibromialgia y síndrome químico múltiple; Primera incapacidad absoluta concedida por accidente medioambiental: <http://www.fibromialgia.nom.es/fibromialgia-sindrome-de-fatiga-cronica-sindromequimico-multiple-Noticias-2010/fibromialgia-y-sindrome-quimico-multiple-primera-incapacidad-absoluta-concedida-por-accidente-medioambiental.html>. (20/10/2010)

Fibromialgia y síndrome químico; Primera incapacidad absoluta concedida por accidente Medioambiental: <http://www.fibromialgia.nom.es/fibromialgia-sindrome-de-fatiga-cronica-sindromequimico-multiple-Noticias-2010/fibromialgia-y-sindrome-quimico-multiple-primera-incapacidad-absoluta-concedida-por-accidente-medioambiental.html> (20/10/2010).

Fibromialgia, SFC, IQM: <http://www.fibromialgia.nom.es/fibromialgia-sindrome-de-fatiga-cronica-sindromequimico-multiple-Noticias-2010/fibromialgia-un-estudio-apunta-a-una-disfuncionmitocondrial.html>. (23/10/2010).

Fonagy, P (2001): Teoría del apego y psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica: <http://www.sepyrna.com/articulos/teoria-apego-psycoanalysis/>. (17-06-2016).

Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la piel, http://www.niams.nih.gov/Portal_en_espanol/informacion_de_salud/Fenomeno_de_Raynaud/default.asp (20-08-2015).

Instituto de la Mujer (2006): III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres en la

pareja. Recuperado el 22-11-2011 de: <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?page=1&id=100>.

Institut Ferrá de Reumatología (2013): <http://www.institutferran.org/fibromialgia.htm>. (10-10-2013).

Investigadores Universidad de Colombia, (2006): Niveles de sustancia P en el fluido cerebroespinal <http://www.sciencedaily.com/releases/2006/07/060720095621.htm>.

Kazameh,G una aproximación desde el psicoanálisis. <http://www.guillermokozameh.com/sobre-guillermo/> (20-12-2014).

Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. En FQS Forum: Qualitative Social Research. Vol nº 2, artc. 43, localizado en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/466/998>

Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos: <http://www.institutodevictimologia.com/Investiga01.pdf> (17/10/2010).

López Fdz. Cao: Breve historia del Arteterapia Marián https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4786/02historiadelaarteterapia.pdf (07-08-2016).

Los efectos de la ira y la tristeza en los informes de dolor clínico y experimental inducida por el umbral del dolor, en mujeres con y sin fibromialgia: <http://www.fibromialgia.nom.es/fibromialgia-sindrome-de-fatiga-cronica-sindromequimico-multiple-Noticias-2010/efectos-de-la-ira-y-la-tristeza-en-enfermas-defibromialgia.html> (02/11/2010).

Losso, R (2007) (2007). Elaboración Transgeneracional. <http://spm.mx/home/trauma-transgeneracional/> (10-08-2016).

Martin (2012): <http://teoriaspsicoanaliticas.blogspot.com.es/> (29-11-2015).

Master en Arteterapia Goldsmith´s College. Universidad de Londres. PHD (Doctorado en Arteterapia): www.postgradoartes.uchile.cl/.../post_arteterapia.php. (02/11/2010).

Merlin Holland, anotado por Angela Bennie en Behind that mask of refinement <http://www.smh.com.au/articles/2004/09/20/1095651232524.html> 22 de Nov 2015.

Miró, E; Diener, F; Martínez, A; Sánchez y Valwnza, M. La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/9096/8960>. (02/11/2010).

Otro (psicoanálisis): [https://es.wikipedia.org/wiki/Otro_\(psicoan%C3%A1lisis\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Otro_(psicoan%C3%A1lisis)). (12-04- 2016).

Pollock (1949) El artista y el mito. El action-painting. <https://www.youtube.com/watch?v=J1Z2bXWBiYc>. (02/11/2010)
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&hid=11&sid=1521b595-e026-4838-92fd-5e157e9d83cf%40sessionmgr14>. (02/11/2010).

Restrepo-Medrano, C; Ronda-Pérez, E; Vives-Cases, C ; Gil-González: Rev. salud pública (2009): ¿Qué sabemos sobre los Factores de Riesgo de la Fibromialgia? Understanding fibromyalgia: What do we know about risk factors?: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a17.pdf> 11 (4): 662-674, Revisión/Review.

Revista de la Sociedad Española del Dolor (2010): <http://www.sciencedirect.com/science/journal/11348046/17/7>. Volume 17, Issue 7. Pp: 326–332.

Ribera, J (2016): SFM y abuso sexual. <http://www.centropsiquis.cl/index.php/es/revista-argentina-articulo-fibromialgia-y-abuso-infantil>. (13-05-2016).

Rodulfo, R: El Dibujo como escritura subjetivante. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/043_ninos_adolescentes/index.php?var=material/borradores_clinica/index.php. (10-12-2015).

Rodulfo, R: Andamios del psicoanálisis: <http://rodulfos.com/libro/andamios-del-psicoanalisis-lenguaje-vivo-y-lenguaje-muerto-en-las-teorias-psicoanaliticas/>. (10-12-2015).

Salvat, M; Fernández-Ballart, M (2004): Validación de la versión española del Fybromialgia Impact Questionnaire. *Rev. Española Reumatol*; 31(9):507-13.

Sánchez, P; Sánchez, M; Lamo, M; Peiró, G: Psicobioquímica, estrés, ansiedad y depresión en Fibromialgia: https://www.researchgate.net/profile/Pedro_SANCHEZ/publication/268744095_PSICOBIOQUIMICA_ESTRES_ANSIEDAD_Y_DEPRESION_EN_FIBROMIALGIA/links/5474b1660cf29afed60f9306.pdf. (09/11/2010)

Saussure (1945) Ferdinand de Saussure, *Curso de lingüística general*, Buenos Aires, Losada, 1945. <https://es.wikipedia.org/wiki/Significante> (15-03-2016).

Strategies for managing fibromyalgia: http://www.fmpartnership.org/Files/Website2005/Learn%20About%20Fibromyalgia/Research/Abstracts_2009_Q4.htm (09/11/2010).

The Americans with disabilities Act. What Persons with fibromyalgia need to know: <http://www.fmpartnership.org/Files/Website2005/Learn%20About%20Fibromyalgia/Articles/ADA.htm> (05/11/2010).

Taller de expresión (Arteterapia) destinado a pacientes con fibromialgia: <http://www.institutferran.org/arteterapia/ARTETERAPIA.pdf> (06/10/2010).

Test Vanderbilt:

<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3013> (08-09-2012).

Távora, A (2010): mis mujeres y salud. <http://mys.matriz.net/mys29/img/MYS29.pdf> (08-09-2012).

Virginia, A; Aparicio, B; Ortega, A; Carbonell, B; Tercedor, P; Delgado-Fernández, M: Are There Gender Differences in Quality of Life and Symptomatology Between Fibromyalgia Patients? *Am J Mens Health* published online 11 April 2012. DOI: 10.1177/1557988312436872.

Unamuno, M (1913): Del sentimiento trágico de la vida en los hombres y los pueblos. https://es.wikiquote.org/wiki/Del_sentimiento_tr%C3%A1gico_de_la_vida.

Women with cancer and gendered limits and boundaries: Art therapy as a “safe space” for enacting alternative subject positions: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&hid=11&sid=1521b595-e026-4838-92fd-5e157e9d83cf%40sessionmgr14>. (15/10/2010).

