



MÁSTERES de la UAM

Facultad de Formación de
Profesorado y Educación /11-12

Máster en Arteterapia
y educación artística
para la inclusión social



**Arteterapia,
Fibromialgia y migra-
ción: Una realidad de
cambios**

Julia Sánchez Morla



ÍNDICE	PÁGINA
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
1. OBJETIVOS DEL TRABAJO DE FIN DE MÁSTER	8
MARCO TEÓRICO	
2. SALUD Y MIGRACIÓN	9
2.1 Migración y proceso migratorio	9
2.2 Aculturación	11
2.2.1 Aculturación: factores a tener en cuenta	15
2.3 Migración y salud	16
2.3.1 El duelo migratorio	17
2.3.2 La elaboración del duelo migratorio	21
2.3.3 Posibles aspectos psicológicos y psicosociales de la migración	22
2.3.4 Estrés aculturativo	25
2.3.5 El síndrome de Ulises	26
2.4 Dificultades de diagnóstico y tratamiento	28
2.4.1 Intervención psicoterapéutica	32
2.5 Una mujer migrante marroquí en España	34
3. FIBROMIALGIA	40
3.1 Un primer acercamiento	40
3.2 Revisión histórica	41
3.3 Estudios sobre fibromialgia en la actualidad	43
3.4 Características clínicas: síntomas	47
3.5 Diagnóstico y tratamiento	48
3.6 Fibromialgia y dolor crónico	53
3.7 Calidad de vida: aspectos psicológicos y psicosociales	55
3.8 Otros aspectos relevantes	59
4. UNA REALIDAD DE GRANDES CAMBIOS: FIBROMIALGIA Y MIGRACIÓN	62

5. APORTACIONES DESDE EL ARTETERAPIA	68
5.1 Intervenciones llevadas a cabo desde el arteterapia	71
5.1.1 Arteterapia y fibromialgia: los lenguajes del cuerpo	72
5.1.2 Silenciar la enfermedad fantasma	73
5.1.3 Danza Movimiento Terapia y fibromialgia	74
5.1.4 Arteterapia en SAPPIR	76
5.1.5. Arteterapia y subjetividad femenina	78
5.2 Otras intervenciones relacionadas	79
5.2.1 Un acercamiento a Mindfulness	79
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	
6. ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA:	
UN GRUPO DE MUJERES PUEBLOS UNIDOS	83
6.1 Contextualización de la intervención	83
6.2 Diseño metodológico	87
6.2.1 Planteamiento de la investigación	87
6.2.2 Preguntas de investigación	88
6.2.3 Metodología	88
6.2.4 Objetivos de investigación	91
6.2.5 Instrumentos de recogida de datos y análisis	91
6.3 Grupo de mujeres Ventillarte: Experiencia con dos mujeres	93
6.3.1 Primera experiencia	94
6.3.2 Segunda experiencia	101
CONCLUSIONES	111
PROPUESTAS/DISCUSIÓN	115
7. Posibilidades a tener en cuenta	115
8. Preguntas para futuros planteamientos	122
BIBLIOGRAFÍA	123
ANEXOS	130

RESUMEN/ PALABRAS CLAVE/ ABSTRACT/ KEY WORDS

Resumen: Este Trabajo de Fin de Máster presenta un camino de investigación desde el arteterapia y la creación artística en relación a la experiencia de mujeres en una doble situación, migración y fibromialgia.

Consta de tres bloques importantes. El primer bloque recoge un doble recorrido teórico en relación a la migración y la fibromialgia y su posible interrelación y finaliza con un acercamiento al arteterapia en este campo. El segundo bloque se centra en el análisis de la experiencia con dos mujeres en una situación de migración y fibromialgia llevada a cabo en el Grupo de Mujeres Ventillarte. Para finalizar, el tercer bloque está formado por una conclusión sobre la experiencia que junto con el resto de apartados, nos introduce el punto final, que recoge una serie de posibilidades a tener en cuenta en esta situación de cambios y posibles vías futuras de investigación.

Palabras clave: subjetividad, mujer, migración, fibromialgia, experiencia y arteterapia.

Abstract: The present Final Master's work consists on a research wich is focused on Art Therapy and art creation seen from perspective of the researcher about the experience of two migrant women who suffer fibromyalgia.

The research is organized in three different chapters. The first one is a review of migration and fibromialgia from a double theoretical perspective and its interaction. The first chapter concludes with an approach to the meaning of Art Therapy in the field of migration and fibromyalgia. The second chapter analyses the experience carried out with two migrant women of the Women's Group "Ventillarte", affected by the described illness. To end with, the last chapter focuses on a conclusion that, together with the previous analisis, collects a set of possibilities to take into account when working with people who suffer fibromyalgia through Art Therapy as well as potencial research fields for the future.

Key words: subjetivity, women, migration, fibromyalgia, experience, changes and Art Therapy.

INTRODUCCIÓN

El mundo

Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo.

A la vuelta, contó. Dijo que había contemplado, desde allá arriba, la vida humana. Y dijo que somos un mar de fueguitos.

- *El mundo es eso- reveló-. Un montón de gente, un mar de fueguitos.*

Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende.

(Galeano 1989: 1)

Al comenzar las prácticas, supe que iba a realizarlas en un grupo de mujeres la mayoría de Marruecos, concretamente en un barrio de Madrid donde en gran parte los ciudadanos son personas migrantes. Antes de comenzar, nos informamos sobre esta realidad, sobre el desarrollo del taller el año anterior, necesidades, intereses etc. Partimos de esta idea de colectivo para conocer el grupo, sin embargo, a medida que pasaban las sesiones nos fueron surgiendo numerosas preguntas y dudas. Aunque el taller funcionaba y existían una serie de características comunes para definirlo (cultura, género, maternidad etc.), cada mujer destacaba con una realidad e historia personal única que completaba y enriquecía el grupo.

Esta heterogeneidad me llevó a experimentar vínculos de distinta naturaleza y me despertó especial interés por dos mujeres con una situación definida por el dolor y el cansancio. Se encontraban en una nueva realidad (fibromialgia diagnosticada), en la que no podían llevar adelante sus inquietudes, gustos, necesidades y responsabilidades en relación a su estado de salud.

Comencé a interesarme por el concepto de salud, descubriendo la importancia del mismo desde sus múltiples facetas (biológica, psicológica, social y espiritual¹).

Partiendo de ese concepto, tejí una red de relaciones entre salud-enfermedad y el individuo, la sociedad actual, los valores, la situación personal y relacional, expectativas de vida etc. (*Anexos: 1. Mind map inicio*), que me llevó a plantearme cuál es el lugar del arteterapia dentro de estas amplias relaciones que nos rodean y conforman, con respecto a la persona y cómo nos desenvolvemos en nuestra vida diaria.

Esta red personal, cada vez se me hacía más grande, los planteamientos y preguntas más amplios, ¿Es posible la salud en un entorno de crisis, marcado por las dificultades en las que la persona se desenvuelve? ¿Qué recursos tenemos ante esto? ¿Acaso podría existir una “patologización de lo cotidiano” ante una cotidianeidad de impermanencia y cambios? ¿Cuál es la frontera entre la salud y la enfermedad? ¿Cuál es el lugar del arteterapia en esta realidad?

Me di cuenta de que todas estas preguntas y relaciones, partían del grupo de mujeres, la diversidad de experiencias y vivencias que me habían permitido conocer cada una de ellas y la intervención a través del arte. Dada la amplitud de mis planteamientos, no era posible contestar a todas mis preguntas, por lo que han sido un estímulo y un comienzo.

Escogí como ejemplo referencial para plantear el trabajo, una enfermedad, la fibromialgia, que padecían las dos mujeres mencionadas al principio (un alto porcentaje en un grupo tan pequeño) y esta realidad, en relación a su situación de migración. Aunque estas mujeres ya tenían el diagnóstico concreto, en el grupo en general eran frecuentes quejas y dolencias comunes con esta enfermedad (dolores de cabeza, musculares, problemas digestivos etc.) y la falta de diagnóstico concreto ante esta situación. Desde este punto, planteo mi trabajo de fin de Máster, nacido de mi experiencia de prácticas.

¹ El ser humano constantemente se relaciona a partir de diferentes dimensiones, tales como la biológica, la social, la psicológica y la espiritual, y se encuentra en una relación dialéctica con los múltiples factores tanto externos como internos, en la que ellos lo determinan pero también él puede modificarlos (Padilla 2011: 221).

Sitúo unos primeros capítulos de acercamiento teórico a una realidad de fibromialgia y migración y su posible relación. El capítulo posterior, se centra en el arteterapia y algunos planteamientos desde el mismo como ilustración del trabajo llevado a cabo hasta el momento, para posteriormente recoger y enmarcar la experiencia llevada a cabo. El desarrollo de esta última parte, me permite conocer los beneficios y aciertos de la experiencia así como las posibles mejoras y situaciones a tener en cuenta en el futuro, y finalmente, poder reflexionar sobre las posibilidades del arteterapia como espacio en grupo (experiencia) e individual dentro de esta realidad.

1. OBJETIVOS DEL TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

A continuación recojo los objetivos planteados con este trabajo.

Objetivo general

- Conocer y explorar las propuestas del arteterapia en el campo propuesto y las posibilidades que puede ofrecer en la mejora de la salud.

Objetivos específicos

- Realizar un acercamiento a las relaciones entre fibromialgia e migración a través del análisis teórico de algunos aspectos que se consideran relevantes.
- Realizar un acercamiento a la labor llevada a cabo desde el arteterapia en este campo.
- Recoger la experiencia de dos mujeres en el Grupo de Mujeres de Ventillarte.
- Plantear posibles beneficios del espacio arteterapeutico en la mejora de la salud en una realidad de fibromialgia y migración).

MARCO TEÓRICO

2. MIGRACIÓN Y SALUD

2.1 Migración y proceso migratorio

La migración es un fenómeno que se ha dado siempre y está reconocido como un derecho fundamental de las personas.

Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos dice en su artículo 13 que: "(...) toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia dentro del territorio de un Estado" y "(...) toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y de regresar al mismo". (Alonso et al, 2009: 11).

Dada esta realidad universal, no podemos definir a los migrantes como un grupo homogéneo con unas características destacables y compartidas, sino que en el proceso, destaca cada individuo con sus vivencias y experiencias personales relacionadas con el país de origen y el motivo por el que emigraron, el trayecto, las condiciones de acogida, nivel socioeconómico, bagaje psicológico etc.

Así pues, los movimientos migratorios conllevan numerosas motivaciones, situaciones y por lo tanto realidades únicas, pero dada la necesidad de estudiar estos movimientos, se tiende a distinguir algunos grupos. Existe una parte de la inmigración, la denominada "inmigración de élites", que destaca por tener un alto nivel socio-económico y cercanía al país receptor. Suelen ser estudiantes, profesionales, técnicos etc. Este grupo, generalmente no regenera rechazo en el país de acogida. La definición de "inmigrante" más utilizada, responde al abandono del país natal en relación a problemas económicos, situaciones de desigualdad en el país de origen, la no posibilidad de promoción personal o laboral, falta de seguridad etc. Por último podemos diferenciar a los refugiados, cuya situación está relacionada con violencia política o bélica, motivos religiosos etc. que les obligan al abandono del país y la repatriación es imposible o dificultosa.

En este apartado, nos centraremos especialmente en el segundo grupo, partiendo siempre de la heterogeneidad que caracteriza la migración. Esta situación de creciente migración, es una realidad reciente en España y existen numerosas estadísticas que recogen el constante crecimiento. Hasta los años 80, España era un país con un fuerte proceso migratorio de salida, sin embargo a partir de los años 90, comenzó a crecer un proceso entrada de nuevas personas, y por lo tanto, es un tema a la orden del día.

El llevar a cabo un proceso migratorio, generalmente supone una situación de vulnerabilidad al salir del país de origen, incertidumbre y falta de seguridad durante el traslado y un alto riesgo de exclusión al llegar al país de acogida. Dentro de esta situación, se define el actual marco de la inmigración, que tiene numerosas implicaciones personales en la salud y favorece una realidad de vulnerabilidad frente a la enfermedad física, psíquica y social (Alonso et al, 2009)

Dentro de la realidad del proceso migratorio, existen autores que describen etapas que caracterizan y definen el proceso, generalmente con un carácter crónico. En el artículo *Pacientes inmigrantes en un Centro de Salud Mental Comunitario*, se recogen algunos autores importantes en relación a estos estudios. Uno de los más destacados es Sluzki, que señala cinco etapas de la migración. Una etapa preparatoria a la migración, el momento de llevar a cabo la migración, una sobrecompensación y asentamiento cercano a un año, la descompensación (podría durar hasta doce años) y finalmente la adaptación o integración. Define la sobrecompensación como un breve periodo de adaptación de carácter prioritario (necesidad ante la llegada al país de acogida), que es previo a un largo periodo de descompensación donde comienza la vulnerabilidad de la salud de la persona. Como vemos en función de estas etapas, el proceso migratorio se define como muy amplio y puede llegar a tener un carácter crónico.

Dentro del mismo artículo, destacan también los estudios de Tizón, el que también especifica unas etapas de la migración similares (preparación, periodo de asentamiento, adaptación e integración) y sitúa la migración como un conflicto de carácter psicosocial que envuelve a la persona que emigra, a los habitantes del lugar de acogida y a las personas vinculadas que se quedan en el país de origen. Dentro de esos tres grupos, afirma que pueden existir complicaciones psicológicas, sociales y biológicas.

Todas estas propuestas y los estudios acerca de la migración, presentan en general el proceso migratorio como un factor de riesgo en sí mismo que puede provocar trastornos en la persona y un empeoramiento de la calidad de vida. Aunque el proceso presenta beneficios y ganancias en la persona que le llevan a migrar, también conlleva una situación de tensiones y pérdidas dada la realidad de cambios que implica.

Pocos cambios de entre los muchos que debe adaptarse un ser humano a lo largo de su vida, son tan amplios y complejos como los que tienen lugar en la migración. Prácticamente todo lo que rodea a la persona que emigra cambia. (Achtotegui, 2000: 14).

Esta realidad de cambios, como ilustran las etapas del proceso migratorio, se alarga en la vida del individuo y requiere un periodo de adaptación en el que intervienen numerosos factores ambientales, sociales y personales así como la significación personal y subjetividad del individuo. Duran, en su tesis *¿Y qué pasa cuando todos nos vamos? Efectos y afectos de cinco familias que cambian de residencia de Ucareo Michoacán a Estados Unidos*, define la migración de la siguiente manera.

La migración es un fenómeno en tanto que se significa más allá del acto de migrar: pues la migración como fenómeno, está configurada como por múltiples elementos entre los que se encuentran la diversidad de emociones que la van matizando y significado en la vida de las personas que la experimentan cercanamente. (Cita extraída: Cervantes et al, 2009: 229).

2.2. Aculturación

El proceso migratorio, supone el contacto de dos culturas y la relación entre las mismas. Una vez dos culturas entran en contacto, tiene sentido hablar del fenómeno aculturación, la persona inmigrante partiendo de su cultura debe relacionarse con la cultura del país de acogida.

Esta relación, no siempre ha sido estudiada desde la misma perspectiva y valoración. Su nacimiento parte desde disciplinas antropológicas y sociológicas, que lo acotan como un fenómeno únicamente cultural y centrado en los cambios sociales, institucionales, culturales etc. que afectan al grupo. Parten desde la definición antropológica de cultura como *el estilo de vida total, socialmente adquirido, que incluye los modos pautados de pensar, sentir y actuar* (García-Campayo y Sanz, 2002: 188).

Sin embargo, Graves en el año 1967 introduce el término como un fenómeno que experimenta el individuo el contacto con una nueva cultura. La persona a título individual lleva a cabo un conjunto de cambios de actitud, comportamiento, valores, identidad etc. Esta nueva propuesta se conoce como *aculturación psicológica*, más relacionada con el objetivo de nuestro estudio.

Partiendo de esta propuesta, surgen en los últimos años, estudios desde la psicología transcultural que busca a la vez la diversidad y semejanza de las culturas.

La propuesta de Graves, avanza hacia una perspectiva de aculturación como un proceso de resocialización.

A caballo entre la Psicología y la Antropología, la Psicología Transcultural se dedica, por una parte, a describir y comprender la influencia de los factores culturales en el desarrollo del comportamiento humano y, por otra, a analizar la adaptación psicológica de los individuos cuando cambian de contexto sociocultural. Los investigadores de este campo se interesan por los fenómenos psicosociológicos que se producen cuando las personas o grupos abandonan su sociedad de origen para instalarse en una nueva y, de esta forma, entran en contacto con los miembros de la sociedad de acogida. (Navas et al, 2004: 41).

Dentro de los modelos de aculturación psicológica, destacan estudios que tratan de comprender los sentimientos, actitudes, cambios, nuevas adquisiciones etc. de las personas que migran y el proceso que llevan a cabo. Partiendo de los primeros estudios, es posible distinguir entre dos orientaciones claras.

Una primera perspectiva *unidimensional* propuesta por Gordon, concibe este proceso como un fenómeno progresivo. La relación del individuo con su grupo de origen y la relación del individuo con el grupo de acogida, se sitúan en la misma línea prácticamente como polos opuestos. Este proceso es unidireccional, la aculturación se alcanzaría con la asunción de la nueva cultura y por lo tanto la pérdida del origen (el concepto aculturación se confunde con la asimilación de la nueva cultura dominante).

Frente a este modelo surgen otros modelos más destacados en la actualidad que proponen una perspectiva *bidireccional* de la aculturación. El proceso se compone de la relación de la persona con su cultura de origen y de la relación con la cultura a la que llega y estas dos situaciones son realidades que han de ser medidas de forma independiente.

Los estudios llevados a cabo por Hutnik en 1991 se centran en la relación que lleva a cabo la propia persona con respecto a la cultura mayoritaria y a su propio origen. Su objetivo es conocer las estrategias de identificación que lleva a cabo el individuo dada su nueva realidad (asimilativa, aculturativa, disociativa y marginal).

Dentro de esta nueva perspectiva, destaca el modelo de Berry (1974- 199, uno de los más reconocidos en el campo de la Psicología transcultural. Define la aculturación como:

Proceso mediante el cual las personas cambian siendo influidas por el contacto con otra cultura y participando en los cambios generales de su propia cultura. (Navas et al, 2004: 42).

Berry propone una bidimensionalidad del proceso centrada en el contacto entre la propia herencia cultural del individuo (mantenimiento de la misma), y la identificación con la cultura de acogida. Teniendo ambos factores en cuenta, propone unas determinadas actitudes de aculturación que responden a un posible modelo de socialización de la persona dada su nueva realidad.

Una de las actitudes que destaca, es *la integración*, que se define como un proceso de adaptación a ambas culturas en función de las personas con las que interacciona. El individuo mantiene su identidad cultural pero también se dan movimientos que dan lugar a una relación de integración con la cultura de acogida.

La segunda es *la asimilación*, una adaptación a la nueva cultura que conlleva un rechazo a la cultura de origen. Normalmente esta situación, produce problemas con el país de origen, con los familiares.

En *la separación*, la persona mantiene la cultura de origen pero sin acceder a la receptora (normalmente un ejemplo son las zonas donde se juntan personas de la misma cultura aislándose de la nueva cultura en la que están inmersos). Más adelante, dentro de esta tercera actitud, se introdujo la segregación, al tener en cuenta que esta situación de separación puede ser impuesta por la cultura mayoritaria.

Por último, *la marginación* conlleva una pérdida de identificación cultural con ambas realidades. En esta actitud los trastornos de la salud crecen.

Posteriormente a la propuesta de Berry, surgen nuevas investigaciones que matizan y extienden su planteamiento. *El Modelo Interactivo de Aculturación* propuesto por Bourhis, Möise, Perreault y Senécal en 1997, amplía la propuesta desde la realidad

de la población autóctona. Sus estudios afirman que la valoración que hace la cultura de acogida también forma parte del proceso y tiene actitudes de aculturación diferentes en relación al origen de los inmigrantes, su situación socioeconómica, política etc. Del mismo modo, las personas inmigrantes que llegan al país de acogida, presentan diferentes estrategias de aculturación en función de su origen, edad, clase social etc. Partiendo de estas dos subjetividades, acotan tres configuraciones, relación de consenso, problemática y conflictiva. Dentro de sus estudios, se centran especialmente en la valoración que los grupos mayoritarios hacen de los inmigrantes (Navas et al, 2004).

Destacan también las aportaciones llevadas a cabo por *Pionkowski y sus colaboradores*, que partiendo de los dos modelos anteriores, llevan a cabo un estudio de la aculturación en grupos, contextos y países variados, afirmando que la aculturación varía en función de las características específicas del binomio grupo dominante-grupo subordinado (cultura, origen, costumbres etc).

Dentro del *Modelo Ampliado de Aculturación Relativa* propuesto en 2007 un equipo de investigación del Área de Psicología Social de la Universidad de Almería, es interesante recoger su propuesta que afirma que no existe una única estrategia de aculturación sino que definen el proceso como complejo, donde cada persona lleva a cabo un síntesis cultural cogiendo, rechazando, desprendiéndose etc. de diferentes elementos de ambas culturas.

Las personas inmigrantes no adoptarán una única estrategia adaptativa en el país al que llegan, sino que el proceso de adaptación será complejo y relativo. Es decir, aunque exista una opción predominante, se adoptarán diversas estrategias dependiendo de diferentes factores, entre los que cabe mencionar los ámbitos concretos del sistema sociocultural (tecnológico, económico, familiar, social, etc.), la realidad socio-económica en la que viven los inmigrantes, y las actitudes y estrategias adaptativas de otros grupos presentes en el contexto social, especialmente las de la sociedad mayoritaria con la que se interactúa. (Navas et al, 2004: 53).

Por lo tanto, la aculturación tiene lugar en numerosos ámbitos, pudiendo ser diferente la estrategia adoptada en cada uno de ellos. Desde esta perspectiva relativa, también proponen la posibilidad de que la actitud aculturativa cambie en función de las diferentes etapas que atraviesa el individuo a lo largo del proceso migratorio teniendo en cuenta la amplitud y muchas veces cronicidad del mismo.

Sin embargo, toda esta línea de estudios en ocasiones ha sido criticada por no tener en cuenta toda la complejidad que implica el proceso de aculturación. Las clasificaciones califican la aculturación como “una elección racional entre cuatro estrategias” (referencia a la clasificación propuesta por Berry) sin tener en cuenta la inmensidad de factores que influyen en la adaptación del individuo a la nueva cultura. La crítica se centra en la imposibilidad de capturar desde estas perspectivas la naturaleza dinámica de este proceso quedándose sin explorar la realidad personal del individuo que lleva a cabo la aculturación, cómo logra integrarse, cómo vive, implicaciones etc. (Stuart y Ward, 2011).

2.2.1 Aculturación: factores a tener en cuenta

Dentro del artículo *Salud mental e inmigración: el nuevo desafío*, se mencionan una serie de factores que condicionan el proceso y tipo de adaptación que lleva a cabo la persona. Destacan factores como la semejanza entre las culturas (minimiza el choque cultural lo que mejora la capacidad de adaptación), la receptividad de la cultura anfitriona (receptora o xenófoba), la edad (existen estudios que afirman que la edad puede ser determinante de la estrategia adoptada) y la personalidad (adaptabilidad al cambio y mecanismos de afrontamiento).

El *Modelo Multidimensional de las diferencias individuales* (Sadfar, Lay y Struthers 2003) trata de comprender el proceso de aculturación afirmando que existen tres retos para la persona durante el proceso, preservar la herencia cultural, participar en la nueva sociedad y mantener su estabilidad física y psicológica y que la forma de enfrentarse a ellos se da en relación a su personalidad. Reconoce, las estrategias de aculturación llevadas a cabo por el individuo en relación a su realidad psicológica, familiar, cultural y a los estresores cotidianos (Fajardo et al, 2008). Por lo tanto subraya una relación directa entre la aculturación y la persona.

Entre los estudios de aculturación, destaca un amplio interés por la relación que tiene con el campo de la salud. Dentro de la realidad estresante que conlleva el proceso migratorio, Berry propone su *Modelo de Estrés de Aculturación*. El autor acota algunos factores de relación entre la aculturación y el estrés que es conveniente tener en cuenta en relación al proceso que lleva a cabo la persona.

El primero es la naturaleza de la sociedad receptora. Las sociedades multiculturales favorecen la integración por lo que frente a otras sociedades donde la actitud de la población favorece la exclusión o segregación, evitan la realidad de estrés aculturativo. El grupo que se acultura, también es un posible indicador de los valores de estrés aculturativo y estrategias desarrolladas. El tipo de aculturación que el individuo lleva a cabo se relaciona con la realidad de estrés, así situaciones de integración son las estrategias menos estresantes, frente a la marginación, separación o asimilación que suponen importantes pérdidas psicosociales.

El tipo de aculturación que se dé tendrá efectos cruciales sobre el ajuste de los inmigrantes a la sociedad de acogida, repercutiendo también en la respuesta de dicha sociedad. (López y Sánchez, 2008: 400-401).

Por último destaca otra serie de factores a tener en cuenta como la relación familiar, el nivel educativo (conlleva menos estrés), las relaciones sociales o las características psicológicas del individuo.

Dentro del artículo *Estudios actuales sobre aculturación y salud mental en inmigrantes* (Fajardo et al, 2008), el MIP GROUP (grupo interdisciplinario de profesionales reunidos en torno a trabajar por y con la población en riesgo de exclusión social), propone una serie de factores a tener en cuenta que influyen en las estrategias de aculturación que lleva a cabo el individuo. Relacionan el estrés como factor durante todo el proceso migratorio y consideran la realidad de aculturación como la última fase del mismo. Desde esta realidad, introducen la aculturación en relación a las condiciones del individuo y los estresores que se imponen en la misma, destacan la influencia de las experiencias premigratorias en el proceso de aculturación, el bajo estatus social como dificultad y la edad como estrategia que también influye en la aculturación (Fajardo et al, 2008). Esta nueva propuesta, recalca una relación entre todas las fases del proceso migratorio, la aculturación y la persona.

2.3 Migración y salud

El acto de migrar está relacionado con todos los factores que forman la realidad de la persona. Desde una perspectiva biopsicosocial y en función de cada caso, el

proceso migratorio, puede influir en el correcto desarrollo de la salud de la persona, de ahí que existan numerosos estudios destinados a conocer esta relación.

El hecho de que la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales arroje por lo general cifras más elevadas en los sujetos que emigran, podría ser debido a la concurrencia de diversos factores de riesgo, que pueden tener un carácter específico para estos grupos. (O´Ferral, 2003: 10).

Dentro de sus amplios estudios sobre migración, Achotegui afirma que el proceso migratorio supone una cantidad importante de pérdidas y tensiones que ponen en cuestión la salud de la persona que migra. Sin embargo, para poder entender la relación entre migración y salud, también recalca que es necesario ser conscientes de que este proceso implica una serie de ganancias y beneficios. Estas dos realidades aparentemente contradictorias, definen el proceso y por lo tanto nos muestran claramente el carácter ambivalente del mismo.

En la emigración habría una parte de duelo pero que se hallaría enmarcada dentro de un proceso más general de cambio que incluye aspectos positivos ya que la emigración también permite la posibilidad de acceder a nuevas oportunidades, sobre todo cuando las condiciones son favorables. (Achotegui, 2000: 15).

La migración (sobre todo en condiciones favorables), puede suponer ganancias como la creación de nuevos proyectos personales, acercamiento a nuevas oportunidades, nuevas relaciones etc. Supone una movilización de la persona, aspecto que cobra mucha importancia en su desarrollo.

Es necesario tener en cuenta, que la salud del individuo se construye desde esta ambivalencia entre la necesidad de búsqueda de soluciones y la consecución de problemas que se derivan, relación siempre sujeta al conjunto de circunstancias y factores que describen la realidad del sujeto (motivo para emigrar, realidad económica, social etc.).

Emigrar es, una necesidad y un acto que afecta profundamente al individuo, a la familia, al entorno y a las sociedades emisora y receptora de una manera mutuamente determinante. Implica, a nivel individual y familiar, dejar un “modelo de vida” y de identidad para incorporar otro “nuevo”, así como a nivel social (en ambas sociedades) cambios estructurales en el ámbito socioeconómico y político. El fenómeno migratorio, pues, es complejo y multifacético, abarca factores económicos, políticos, psicológicos, sociales y culturales. (Ahmad- Beiruti, 2010: 261).

2.3.1 El duelo migratorio

La migración, como la mayoría de los acontecimientos de la vida, posee, junto a una serie de ventajas y de beneficios, una serie de dificultades, de tensiones y de situaciones de esfuerzo. La migración es muchas veces más una solución que un problema. Pero es una solución que encierra, a su vez, su parte de problema, un lado oscuro de la migración, un peaje: el duelo migratorio. (Ahmad- Beiruti, 2010: 270).

El hecho de migrar supone un proceso de asumir pérdidas que generalmente chocan directamente con las expectativas, planes y esperanzas de la persona que lo lleva a cabo, estas pérdidas se enmarcan dentro del proceso de duelo que conlleva la migración en sí.

Entendiendo el duelo como “el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto”.(Achotegui 2000), es necesario tener en cuenta que es un proceso natural y continuo que acompaña a los seres humanos a lo largo de su vida en diferentes momentos. Supone una adaptación que tiene que ver con el apego, con las separaciones, con las pérdidas y con los vínculos y por lo tanto, es un proceso muy común en la vida de todo ser humano.

Al hablar de duelo migratorio, nos referimos a un duelo con unas características específicas que lo diferencian del resto. Por un lado, se define con un duelo mixto, ya que supone una realidad de *separación y pérdida*. La separación de los seres queridos, tierra, país etc. que están lejos pero no desaparecen y la pérdida de estatus social, trabajo, proyecto de vida etc. que no existen en el nuevo contexto.

También supone un duelo *complejo* formado por varios procesos de duelo en función de cada persona y su realidad de origen y llegada, y *ambivalente* pues conlleva beneficios y pérdidas.

Destaca la sensación de *nostalgia* pues desde su carácter de separación, la realidad de origen está físicamente ausente pero a la vez, está constantemente presente en la vida de la persona. Y por último, destaca por ser *recurrente*, va y viene a lo largo del tiempo, y de periodo generalmente *largo*, ya que las personas se quedan de manera permanente o semipermanente en otra cultura y lugar, lo que favorece un *carácter crónico* del mismo.

Como hemos visto, la migración implica una *doble realidad* que también afecta al duelo, por un lado surge la necesidad de reelaborar vínculos perdidos dada la distancia que supone con la cultura de origen, y por otro, adoptar y llevar a cabo nuevos vínculos con la sociedad de acogida. Esta realidad doble, requiere un esfuerzo que también matiza el duelo en relación a la migración (Sayed-Ahmad, 2010: 271).

Dentro de esta matización, la persona que migra se ve implicada en varios procesos de duelo ya que experimenta la pérdida de numerosos aspectos significativos que forman lo conocido y cotidiano para esa persona, son aspectos relacionados con las necesidades básicas de todo ser humano. En sus estudios, Joseba Achotegui señala siete procesos de duelo dentro de la migración.

Los procesos de duelo clásicos destacados son *la lengua, la cultura y la tierra*. El cambio de lengua en la mayoría de las ocasiones supone un muro comunicativo y una barrera de relación con la cultura de acogida.

La lengua es ante todo un vehículo de comunicación, un instrumento al servicio del intercambio de conocimientos, sentimientos, ideas etc. al servicio en definitiva de la comunicación. (Achotegui, 2000: 19).

Por otro lado, la persona ha de aceptar la necesidad de formación de la nueva lengua y renunciar en parte a la alfabetización y mejora comunicativa de su propia lengua (sobre todo presente en los hijos de las personas que emigran).

En relación a la cultura, también puede aparecer una dificultad de comunicación y encuentro dadas las diferencias en el desarrollo del día a día que puede suponer la cultura de acogida (cambios en la alimentación, forma de vestir, intereses, sentido del tiempo etc.) en relación a la de origen. En el artículo Migración, desarraigo cultural e identidad cultural, se menciona la realidad de desarraigo cultural en el ámbito de la migración.

Eisenbruch ha definido el desarraigo cultural como la experiencia de privación de una persona o un grupo de personas, originada en la pérdida de las estructuras sociales, los valores culturales y la autoidentidad. (Bhugra y Becker, 2005: 19).

La pérdida del paisaje o la tierra, también habla del apego de la persona en relación a su país de origen y por lo tanto supone una pérdida de lo cotidiano. En este proceso de duelo, destaca una nueva realidad de paisajes, olores, temperatura, humedad etc. Este cambio conlleva una carga emotiva y adaptativa difícil. Suele dar lugar a idealizaciones y sobrevaloraciones que pueden llegar a aumentar la frustración o disminuir y dificultar el interés de la persona que migra a relacionarse con el ambiente y realidad del nuevo país de acogida.

Otro de los procesos de duelo inevitables de la migración está directamente relacionado con el mundo afectivo. La separación de los *seres queridos* (familia,

amigos, pareja etc.) supone una pérdida del apoyo social imprescindible para el positivo desarrollo de cualquier persona.

A pesar de las limitaciones en la calidad de las relaciones en el país de origen, no poder contar con el afecto y el apoyo de los seres queridos es siempre penoso, pero muy especialmente cuando el inmigrante atraviesa situaciones de necesidad o se encuentra enfermo, ya que no cuenta con una red familiar y social del apoyo. (Achotegui, 2000: 17).

Como hemos visto en otros procesos de duelo, la persona que migra se encuentra en una situación de vulnerabilidad dadas todas las pérdidas y separación. En este sentido el apoyo social es imprescindible para poder mantener la salud. Esta misma pérdida, también genera sentimientos de culpa en la persona en relación a la separación de sus hijos, sentimiento de abandono de los padres, separación familiar etc.

Migrar también supone la lucha por la supervivencia y conlleva la presencia de riesgos que reducen *la seguridad física* de la persona. Dentro de este proceso destacan numerosas situaciones que afectan a la calidad de vida y salud. Recogemos algunos como los graves riesgos que en algunos casos supone el trayecto migratorio (viajes escondidos, pateras, ilegalidad etc.), la pobre situación económica supone hacinamiento en las viviendas o carencias alimenticias e higiénicas, también destaca el alto índice de accidentes laborales, irregularidad y explotación e incluso los numerosos casos de violencia, xenofobia y rechazo que se dan en los países de acogida. Todos estos factores pueden suponer la pérdida de la integridad física y los efectos que esto conlleva.

El nuevo país de acogida en el que se ve envuelta la persona así como el alejamiento, también implican una pérdida de *la identidad étnica*. Esto supone una pérdida de pertenencia al grupo al no encontrar características básicas comunes como la lengua, costumbres, historia etc. y puede conllevar cambios en la identidad del individuo.

La identidad es la totalidad de la percepción que tiene el individuo sobre sí mismo o bien la manera con la que los individuos se contemplan a sí mismos como distintos de los demás. Bhugra señala que las identidades racial, cultural y étnica forman parte de la identidad del individuo. (Bhugra y Becker, 2005: 21).

Por último, generalmente este proceso supone una pérdida del *estatus social* adquirido a lo largo de la vida. El hecho de migrar lleva consigo la búsqueda de una mejora, sin embargo, una vez en el país de acogida, las condiciones sociales a las

que se enfrenta la persona suelen ser pobres. La mayoría de las personas que migran suelen tener un alto nivel de estudios y expectativas que en muchas ocasiones caen en el olvido dada la necesidad de supervivencia y las dificultades que se encuentran en el país de acogida (legislación, papeles, oportunidades laborales reducidas etc.). Esta situación da lugar a un sentimiento de desesperanza y pérdida de las expectativas de crecimiento personal y social, aparece la sensación de fracaso del proyecto migratorio.

En relación a estos procesos de duelo, Achotegui en sus artículos más recientes hace referencia a *los estresores* del proceso migratorio. Menciona como estresores límite relacionados con los procesos de duelo anteriores, el fracaso migratorio, la lucha por la supervivencia, el miedo, separación forzada de los seres queridos etc. (Achotegui, 2012).

2.3.2 La elaboración del duelo migratorio

Desde la perspectiva de la dificultad de elaboración del duelo, se pueden distinguir tres procesos de duelo diferenciados. El duelo simple, se da en buenas condiciones que favorecen la elaboración del mismo, el duelo complicado, se da en condiciones desfavorables y el duelo extremo, donde las condiciones para la elaboración del mismo son problemáticas y de gran dificultad. Así pues, las condiciones y circunstancias que definen la realidad de la persona, afectan directamente a la elaboración del duelo. Cada persona elabora el duelo en relación a sus circunstancias e historia de vida.

Cada proceso migratorio se da en relación a unas circunstancias específicas. Destacan las circunstancias ambientales en relación a la realidad de origen de la persona y realidad del país de acogida y las circunstancias de personalidad. Si estas circunstancias son complicadas (bajo nivel socioeconómico, ambiente hostil, carencias sanitarias, emigración forzada, historial relacional anterior complicada, dificultad para adaptarse a los cambios etc.) surgen dificultades para la elaboración del duelo, lo que complica el proceso de migración derivándose en la mayoría de las situaciones, problemas psicosociales.

Un duelo bien elaborado contribuye a la mejora de la autoestima, la estabilidad emocional y a tener mejor salud mental y física. Para que dicha elaboración se lleve a cabo, hace falta que el sujeto tenga en buen estado sus capacidades personales de afrontamiento y resolución de conflictos, que el entorno sea favorable de apoyo y solidario. Asimismo, contribuye

favorablemente la situación administrativa regularizadora, con acceso normalizado a la vivienda, trabajo, educación y salud pública. (Ahmad- Beiruti, 2010: 273)

En sus estudios, Achotegui acota una serie de factores potenciadores de los estresores o procesos de duelo dentro del propio proceso migratorio. Las características del propio duelo migratorio también pueden influir en la elaboración del mismo.

Entre estos factores destacan algunos como *la multiplicidad* ya que poseer muchos estresores dificulta la elaboración del duelo, además afirma que estos estresores están interrelacionados y se potencian entre sí. Destaca la *relevancia e intensidad* de estos, los procesos de duelo relacionados con la migración afectan a numerosas necesidades básicas de los seres humanos. También destaca otras realidades como la ausencia de redes de apoyo y sensación de control ante su situación, dificultades en el sistema sanitario o la cronicidad de una situación de estrés.

2.3.3 Posibles aspectos psicológicos y psicosociales de la migración

Actualmente no hay datos objetivos a través de los cuales se pueda afirmar la existencia de síndromes psicológicos, psiquiátricos o malestar emocional agudo en casos de migración a diferencia de la población autóctona.

Las revisiones recientes de la bibliografía llegan a la conclusión de que la emigración per se no produciría un incremento del riesgo de padecer enfermedades mentales sino que dependería, al menos en parte, de las experiencias traumáticas sufridas durante el proceso migratorio. (García-Campayo y Sanz, 2002: 188).

La migración en sí misma, no se entiende un factor de riesgo sino que el riesgo se crea en relación a lo que en ocasiones conlleva el acto de migrar. Las circunstancias que pueden llevar a una persona a migrar son muy diversas, no presenta las mismas dificultades una migración voluntaria que una migración en búsqueda de refugio político, un camino migratorio clandestino que uno público, una migración a un país culturalmente cercano donde se comparte el idioma, existen algunas costumbres cercanas, posibilidades de trabajo etc. que a un país significativamente diferente. El riesgo de malestar, no aumenta en función de la migración, sino en función del mayor número de factores de riesgo social (condiciones de explotación aislamiento, desempleo, posibles acontecimientos traumáticos vividos, refugio político, xenofobia etc.)

Partiendo de esta heterogeneidad, es difícil señalar los aspectos psicológicos y psicosociales que conlleva la migración ya que dependerán de cada caso concreto. Todos los estudios llevados a cabo, muestran un alto grado de complejidad existente en esta relación ya que el proceso migratorio, conlleva una interrelación de factores biológicos, psicológicos y procesos socio-culturales.

Los primeros estudios daban por hecha la relación de la migración y los trastornos psiquiátricos. Destacan estudios que relacionan algunas afecciones psiquiátricas con la población inmigrante. Dentro de estas afecciones mencionan el trastorno por estrés postraumático destacado especialmente en los grupos de refugiados (situación de represión y violencia). Este trastorno, también se podría desarrollar en casos de emigrantes no refugiados en relación a la discriminación racial o falta de empleo. Otros de los trastornos destacados, son la esquizofrenia y paranoia, desde una realidad cultural, en los estudios se destacan razones como las creencias religiosas y espirituales, la discriminación y racismo y errores de diagnóstico existentes dada la diferencia sanitaria y la cultura. Por último resaltan estudios en relación a los síndromes asociados a la cultura, son enfermedades que surgen en relación al grupo étnico y sus características específicas (García-Campayo y Sanz, 2002). Sin embargo estas conclusiones han sido cuestionadas y contrastados con otros estudios llevados a cabo.

El psicoterapeuta Muiño Martínez en su artículo Salud mental e inmigración publicado dentro del Manual de Atención al Inmigrante, realiza una revisión de la relación entre migración y salud llevada a cabo desde la perspectiva transcultural. Desde esta perspectiva, destacan tres temas de estudio.

El primero se centra en el duelo migratorio, la elaboración del mismo se da en relación a la cultura y situación del individuo, por lo tanto las reacciones tienen que ser vistas teniendo en cuenta esas circunstancias. La elaboración del duelo, puede conllevar manifestaciones emocionales entre las que destacan tristeza, frustración y ansiedad, manifestaciones cognitivas como la no aceptación de la pérdida, dificultad de concentrarse, confusión etc. y manifestaciones conductuales como problemas de sueño, hiperactividad, variaciones del apetito etc.

El duelo mal elaborado o complicado, se da cuando el inmigrante no logra superar ni resolver psicológicamente los conflictos internos y externos que le supone su nueva situación. (...) Esta falta de elaboración puede afectar, seriamente, a la autoestima de individuo, a su autonomía, a

su capacidad de adaptación y resolución de conflictos y problemas, produciendo en él sentimientos de frustración y fracaso que pueden manifestarse con ira, rechazo o aislamiento. (Ahmad- Beirutí, 2010: 273).

Otro de los temas destacados son los trastornos adaptativos. La necesidad de adaptación, supone una sobrecarga cognitiva pues el individuo no conoce las nuevas claves para desenvolverse en la cultura de acogida, y en ocasiones da lugar a sentimientos de impotencia ante su situación. De esta situación, se pueden derivar síntomas relacionados con los clásicos síntomas del estrés. De entre ellos, destaca el malestar psicológico como los cambios de humor o hiperactivación, malestar físico como el cansancio, el dolor de cabeza o tensión muscular, y cambios en la forma de actuar o problemas de relación con los otros.

Por último, señala la aparición de trastornos psicósomáticos. Sin embargo, es necesario tener cuidado ya que dada la diferencia cultural, los significados simbólicos son muy diferentes.

La interpretación que los emigrantes hacen de los síntomas somáticos y las explicaciones causales que les atribuyen son muy diferentes a las que realizan los pacientes occidentales. (García-Campayo y Sanz, 2002: 189).

En su mismo artículo, señala otros posibles problemas relacionados como la relación con el tiempo como pérdida de la calidad de vida. En ocasiones la persona vive en el futuro y en el pasado sin disfrutar la realidad de la sociedad de acogida pero no vive el presente (anhedonismo).

Con respecto a la depresión, sitúa su posible aparición en relación a las expectativas frustradas y el fracaso del proyecto migratorio, o en relación a la crisis de identidad personal que supone la dificultad comunicativa en el país de acogida, la pérdida de referentes o del rol y del estatus adquirido en el país de origen.

Nuevos estudios en relación a la depresión, relacionan su posible aparición con la crisis económica y la situación socioeconómica de las personas. En gran parte de los casos de migración, el factor socioeconómico es decisivo y se ve afectado también en el desarrollo de la vida en el país de acogida. El artículo *Un tercio de las depresiones son originadas por la crisis económica*, publicado en mayo de 2012, recoge las conclusiones de dos estudios en relación a la depresión y la crisis económica afirmando que:

El empleo es uno de los factores de riesgo que se asocia al incremento de los trastornos mentales detectados, especialmente de depresión. Pero los autores no identificaron que la falta de trabajo sea el único factor de riesgo que puede desencadenar una depresión. También destacaron las dificultades socioeconómicas personales (la dificultad para llegar a fin de mes, pago de hipotecas y desahucios) y familiares. (Colegio Oficial de psicólogos de Madrid, 2012: 17).

En esta línea, destaca el estudio belga *Depression and generalised anxiety in the general population*, que se centra en la relación entre la cultura de origen y variables como la desventaja económica, desempleo o el bajo nivel educativo. En sus conclusiones, relaciona el estatus socioeconómico como factor de riesgo para el posible desarrollo de una psicopatología. También destaca el estudio llevado a cabo por Selten y sus colaboradores los que proponen la existencia de factores sociales determinantes en la aparición de trastornos (condiciones de vivienda, empleo, xenofobia etc.) (Collazos et al, 2008: 307-309).

2.3.4 Estrés aculturativo

Uno de los principales malestares mencionados en casi todos los estudios actuales, es la situación de estrés que conlleva en general el proceso migratorio. La persona encuentra numerosas situaciones extrañas a las que adaptarse y estas demandas pueden generar estrés.

Aunque sin la existencia de datos sólidos, las investigaciones se centran en que esta situación de estrés que vive la persona, puede provocar la pérdida de la calidad de la salud sin necesidad de una predisposición biológica. Se basan en la definición de estrés propuesta por Lazarus como una situación en la que se ve envuelto en el individuo caracterizada por demandas externas o internas que superan los recursos adaptativos de la persona.

El malestar, es provocado por la relación de los estresores que supone la realidad de migración para esa persona y la disponibilidad de recursos limitada dada la nueva situación que vive. Se basan en la existencia de una carencia de los recursos necesarios para desenvolverse.

El estrés aculturativo se fundamenta en el modelo de estrés-proceso, es decir, la inmigración es estresante en la medida que es experimentada como tal por el individuo, en relación con los recursos personales, sociales y materiales que tenga disponibles. Así, no son tanto las condiciones o acontecimientos particulares las que son estresantes sino cómo el individuo responde a dichos acontecimientos y condiciones. (Collazos et al, 2008: 312).

La intensidad con la que vive la persona los factores estresantes y por lo tanto la sintomatología derivada, se entiende en relación a los recursos a los que la persona tiene acceso. Dentro de esta relación, surgen una serie de respuestas ante su situación que afectan a la salud y calidad de vida.

Los estresores tanto de tipo individual como familiar, social y comunitario, van ligados con respuestas fisiológicas asociadas al estrés, que varían desde ansiedad, trastornos afectivos, úlceras, colitis, gastritis o los frecuentemente denominados “nervios”, así como el dolor de cabeza, hipertensión arterial, entre otros. (Rivera et al, 2009: 2-3).

Dada esta situación los mecanismos de afrontamiento desarrollados por la persona son imprescindibles. Los recursos familiares, sociales e individuales adquieren una gran importancia para enfrentar las situaciones problemáticas que conlleva la migración y estos se ven afectados dada la nueva situación a la que se expone la persona.

Dentro de la importancia del desarrollo de los recursos personales, Rivera Heredia y Andrae Palos proponen un modelo de recursos psicológicos que abarca varias dimensiones imprescindibles. Destacan la importancia de los recursos afectivos (manejo de emociones y sentimientos), cognitivos (percepciones y creencias), instrumentales (recursos para relacionarse), sociales (relaciones permanentes de contención y apoyo) y materiales (nivel socioeconómico). El fortalecimiento de estos recursos, posibilitaría un mejor manejo de las situaciones estresantes (Rivera Heredia et al, 2009: 7).

2.3.5 El Síndrome de Ulises

Achotegui explica la migración como un acontecimiento que forma parte de la vida, sin embargo, específica que no es lo mismo vivir la migración en circunstancias favorables (duelo simple) que en circunstancias difíciles que imposibilitan la elaboración del duelo y por lo tanto supone una crisis permanente (duelo extremo). Es en relación al duelo extremo donde sitúa el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises.²

² El síndrome fue bautizado por Achotegui junto a un grupo de psiquiatras de Barcelona en relación a la historia del héroe griego Ulises y a las terribles adversidades y peligros a los que tiene que enfrentarse.

Soledad, miedo, desesperanza...Las migraciones del nuevo milenio que comienza nos recuerdan cada vez más los viejos textos de Homero. Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se

Define la aparición del síndrome entre el área de la salud mental y el área de la psicopatología enfocando el trato del mismo desde una necesidad de prevención sanitaria. Critica la equivocación del Sistema Sanitario y de nuestra sociedad a la hora de diagnosticar el cuadro clínico que envuelve a una persona inmigrante. Desde esta perspectiva, sitúa la sintomatología asociada como un cuadro reactivo al estrés.

El síndrome de Ulises no es una enfermedad, se ubica en el ámbito de la salud mental que es más amplio que el ámbito de la psicopatología. El Síndrome de Ulises es un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas. Consideramos que plantear la denominación "Síndrome de Ulises" contribuye a evitar que estos inmigrantes, por no existir un concepto para su problemática, sean víctimas. (Achotegui, 2012: 10).

Achotegui define una serie de síntomas asociados al síndrome de Ulises. (Achotegui 2009) que varían en relación al contexto cambiante de la persona. Existen periodos con más y menos síntomas.

Destaca la sintomatología relacionada con el *área depresiva*: la sensación de fracaso y de indefensión en relación al duelo extremo da lugar a tristeza. También aparecen el llanto, la culpa en relación a la tradición asociada a la cultura pero no destaca las ideas de muerte dado el gran sentimiento de lucha que se hace patente en las personas que migran (dentro de las ideas de muerte destaca el sentimiento religioso como factor protector).

La sintomatología del *área de la ansiedad*: aparecen frecuentemente tensión y nerviosismo dado el esfuerzo para afrontar la situación y los estresores relacionados. También es muy común la aparición de preocupaciones excesivas y recurrentes que tiene una relación estrecha con el insomnio. De forma poco común, destaca la irritabilidad.

La sintomatología del *área de la somatización*: sobre todo son muy comunes la cefalea y fatiga altamente relacionados con el insomnio. En esta área es imprescindible tener en cuenta, como mencionábamos anteriormente los factores culturales asociados.

ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad, ni autoestima, ni integración social. Y así tampoco puede haber salud mental (Achotegui, 2012: 12).

La sintomatología del *área confusional*: La situación de migración en ocasiones conlleva confusión y desconfianza. Pueden aparecer fallos de memoria, desorientación temporal, falta de atención etc.

Se apoya en esta clasificación de la sintomatología para afirmar que el síndrome, no podría responder a un trastorno depresivo ya que no implica apatía, pérdida de interés o sentimientos de muerte. Tampoco responde a un trastorno adaptativo ya que no presenta un único estresor, sino muchos, y el estrés múltiple que se da, envuelve una realidad más amplia que la adaptación. Por último, aunque tiene similitudes con el Trastorno de Estrés Postraumático, no coinciden ya que el Síndrome Ulises implica soledad, sentimiento de fracaso o lucha por la supervivencia.

En sus estudios, insiste en que es muy importante no desvalorizar el padecimiento como ocurre en algunos casos, ni continuar con los errores de diagnóstico y tratamiento que conllevan la medicalización del mismo, sino abordar la realidad desde un espectro amplio y multidisciplinar.

La intervención deberá ser fundamentalmente de tipo psicoeducativo y de contención emocional, por lo que el trabajo sobre el Síndrome atañe no tan sólo a psicólogos médicos o psiquiatras, sino a trabajadores sociales, enfermería, educadores sociales y otros profesionales asistenciales. (Achotegui, 2012: 11).

2.4 Dificultades de diagnóstico y tratamiento

Tras el anterior recorrido teórico, nos damos cuenta de que la situación de migración puede conllevar muchas veces la necesidad de consulta de los servicios de salud y un tratamiento multidisciplinar como propone Achotegui. Sin embargo, en esta relación, se dan numerosos problemas que dificultan un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Sin ser nuestro tema de estudio, la psiquiatría transcultural trata de entender la influencia de las diferencias sociales y culturales de la enfermedad mental en relación a las manifestaciones y a los tratamientos. Desde esta perspectiva, Pérez Sales (2009) introduce dos posturas a la hora de entender la expresión de un malestar psicológico en el ámbito de la migración. Habla de la mirada emic, la cual trata de comprender la realidad de la persona y su narrativa desde su marco cultural y de la mirada etic, la cual trata de adaptar categorías médicas occidentales para

explicar los síntomas del paciente. El autor introduce la necesidad de conjunción de las dos miradas para poder entender un panorama donde la salud se desarrolla entre las dos culturas.

Cada persona, presenta una dimensión cultural y social que influye en su concepto de salud, enfermedad y calidad de vida. Estos valores culturales, también influyen en el planteamiento médico y psicosocial de la sanidad. En el caso de una persona que migra a otro país, la distancia y diferencia de planteamiento entre la cultura de origen y la cultura de acogida determina la relación de la persona con el sistema sanitario, la relación médico-paciente, la percepción del malestar etc. Esta situación afecta tanto a la interpretación de los síntomas como a la intervención, afectando al diagnóstico y tratamiento.

Los síntomas del desarraigo cultural se pueden diagnosticar erróneamente debido a dificultades lingüísticas y culturales y a la aplicación de criterios diagnósticos occidentales aplicados a personas de origen no occidental. (...) Los conceptos occidentales de pérdida y duelo pueden tener un valor parcial o limitado para explicar las expresiones de aflicción que sufren las personas procedentes de otras culturas. (Bhugra y Beckr, 2005: 20).

Así pues, la cultura y situación clínica se confrontan, y puede dar lugar a dificultades en el entendimiento en relación a varios factores y obstáculos.

Uno de los principales obstáculos es la barrera comunicativa que supone el idioma, pues este no siempre es compartido. Uno de los instrumentos básicos de explicación, exploración y diagnóstico es el lenguaje, por lo que el idioma puede suponer una dificultad e incluso dar lugar a malentendidos. En el mismo sentido, en ocasiones el lenguaje no verbal y los valores culturales también pueden ser no compartidos y dar lugar a falsas interpretaciones o incomunicación.

Otra barrera importante, es la orientación biomédica y la fuerte relación con la tecnología de la medicina occidental. Gran parte de la valoración clínica se lleva a cabo a través de instrumentos diagnósticos adaptados a esta cultura sin tener en cuenta las diferentes formas de expresión y vivencia de las personas de una cultura a otra. Así pues, los cuadros diagnósticos se llevan a cabo en función de estos instrumentos dando lugar a posibles errores o falsas interpretaciones.

Desde la etnopsicofarmacología, existen estudios que destacan diferencias en el empleo del tratamiento farmacológico, resaltando las diferentes respuestas a los fármacos en relación a las características étnicas del paciente.

Con respecto al abordaje psicoterapéutico, al abordaje de los trabajadores sociales, educadores, mediadores etc. también pueden existir numerosas diferencias y dificultades.

No reparamos tan a menudo en los significados que adquieren ciertos roles en nuestra cultura y hasta qué punto pueden ser diferentes para otras personas. Tampoco tenemos tan interiorizado que el concepto de individualidad es algo propio de determinadas culturas y que la importancia que se da a la persona no es la misma en todas las etnias. (Pérez Sales, 2009).

La psicología transcultural centra su análisis en la realidad intercultural y destaca la propia expresión del duelo, de la experiencia y vivencia por parte de la persona que migra influida por la realidad social, cultural, económica etc. Del mismo modo, afirma que es necesario tener en cuenta esta influencia en relación a los planteamientos de intervención llevados a cabo por los profesionales, las herramientas utilizadas, interpretaciones etc. Desde esta realidad, sería necesario un replanteamiento sobre la posible existencia de una contaminación cultural en estas propuestas de tratamiento y educación.

Lo simbólico también está presente en el acto de prescribir un fármaco, incorporar un observador, un espejo unidireccional o dar una tarea por escrito, en las ideas de enfermar y de curar, en síntesis en la forma que se llevan a cabo los tratamientos. (Brik, 2007: 7).

De esta realidad surge otra dificultad, la relación “médico-paciente”. Algunos estudios estacan las respuestas del personal sanitario en torno a dos actitudes. Una posible actitud de negar los aspectos transculturales que influyen en el diagnóstico, centrándose únicamente en su perspectiva y valoración médica, o una excesiva preocupación y atención por los factores culturales siendo difícil adoptar un punto intermedio (García-Campayo y Sanz, 2002: 190). Dentro de estas actitudes, también destaca el desconocimiento de muchos valores de otras culturas y en algunas ocasiones, posibles prejuicios que influyen en la valoración clínica o trato sin llegar a reflexionar sobre las diferencias culturales. Todos estos factores influyen en el vínculo que se crea entre las personas que intervienen. En ocasiones, este intercambio puede resultar invasivo, agresivo, frío o dificultoso en la comunicación y no es flexible ante la realidad que se presenta.

Dentro de esta situación, también es necesario destacar las dificultades de acceso al sistema sanitario. Por un lado es necesario mencionar de nuevo la posible diferencia existente en la comunicación lingüística y no verbal, la cultura y en ocasiones la

religión. Sin embargo, destacan otros aspectos como la situación administrativa y sociolaboral.

La situación administrativa en numerosas ocasiones dificulta el acceso a la sanidad ya que las personas desconocen su funcionamiento (la estructura sanitaria es completamente diferente a la de su país de origen) y no tienen habilidades en el manejo de estos servicios. Otro de los problemas es el precio de los medicamentos, un precio muy elevado para su nivel económico o el difícil acceso dada la posible situación irregular. Esta situación irregular, es una dificultad para acceder a la sanidad (en muchas ocasiones por miedo a ser repatriados). Es necesario mencionar la reforma del Sistema Nacional de Salud llevada a cabo en España en Abril del 2012, a partir de la cual no basta con estar empadronado sino que es necesaria la residencia legal para ser atendido en el Sistema Sanitario al margen de urgencia, situaciones de maternidad o menores de edad.

Una vez conocidos estos obstáculos, Amal Amane, mediador social intercultural, en su artículo Inmigración y participación comunitaria en salud, menciona una serie de recomendaciones para poder mejorar esta situación y la atención al paciente.

La primera recomendación parte del constante crecimiento de la migración a nivel mundial. Esta situación requiere de *competencia cultural* en estos ámbitos, la formación de profesionales sanitarios en conocimientos prácticos sobre otras culturas para poder atender a personas con códigos, valores y formas de desenvolverse diferentes a las conocidas en el país de acogida. Dado que esta propuesta puede resultar complicada, propone ofrecer la posibilidad a los profesionales de disponer de un acceso al conocimiento en caso necesario.

Otro de los factores imprescindibles es la *personalización de la asistencia*.

Protocolos y personalización de la asistencia, la conjugación de estos dos aspectos exigirá una capacidad de adaptación, flexibilidad y creatividad por parte de los profesionales de la salud. (Amane 2009: 20).

También destaca una iniciativa interesante bajo el nombre de *cauces de participación*. Se centra conocer la opinión, aportaciones y necesidades de las personas que han migrado en relación a esta situación a través de asociaciones o a título personal lo que amplía las posibilidades de encuentro y mejora de la atención.

Por último introduce dos propuestas, la *incorporación de profesionales inmigrantes* en el sistema sanitario lo que mejoraría la competencia cultural y la cercanía en el trato, enriqueciendo la realidad social y sanitaria a través de la mezcla, y la *incorporación de intérpretes o mediadores sociosanitarios*. Los intérpretes evitarían el problema lingüístico y la realidad de recurrir a los hijos o amigos como mediadores (en ocasiones trae graves problemas de entendimiento y frustración), y la figura de mediador intercultural sociosanitario, llevaría a cabo una labor de sensibilización, apoyo a profesionales, facilitación de recursos necesarios, formación en interculturalidad etc.

2.4.1 Intervención psicoterapéutica

En el artículo Recursos psicológicos y salud, tras una introducción a la realidad de migración, sus impactos en la salud y la importancia de los recursos de los que dispone el individuo, se realiza una interesante recopilación de propuestas de autores desde distintos enfoques y abordajes en relación a la intervención psicoterapéutica en situaciones de migración. A continuación recogemos algunos planteamientos que resultan interesantes y dan lugar a la reflexión.

Todos los autores que recogen, enfocan la migración desde la perspectiva de la complejidad teniendo en cuenta la multiplicidad de aspectos que interaccionan como una de las partes más importantes.

Desde un enfoque sistémico, destaca la terapeuta argentina Celia Falicov (2007) la cual habla de que es necesario tener en cuenta tres contextos de trabajo: el relacional (relaciones familiares), el comunitario (redes sociales) y el contexto cultural y sociopolítico de la realidad de origen y de acogida para poder abordar la terapia. Desde su propuesta, critica un panorama actual dentro de la intervención psicológica, donde todavía no se tiene en cuenta la cultura, la etnia, la raza, religión etc. y resalta la indudable importancia de una formación con tendencia a pensar culturalmente.

En 2009, Nwoye destaca al individuo, menciona que se debe comenzar desde el motivo de la migración y las narrativas y construcciones de significado personales de la experiencia. También menciona la importancia de la construcción personal sobre los fracasos.

Otros autores destacan la importancia de trabajar con las barreras culturales que se encuentra el individuo pues estas están relacionadas con su afrontamiento y enfrentamiento cognoscitivo.

Desde la psicodinámica, Halperin en 2006, propone tres temáticas bajo las que llevar a cabo la intervención. En relación a los procesos de duelo, la identidad y el desequilibrio de la autoestima. La experiencia de la persona que migra debe ser contextualizada en su realidad y en relación a los significados personales, familiares y culturales otorgados.

En relación a la propuesta de Achotegui sobre que la migración conlleva una realidad de tensiones y pérdidas y otra de beneficios y ganancias, Mirsky y Peretz en 2006, sitúan la migración en este campo como oportunidad de maduración, crecimiento y mejora (logro e la autonomía).

El artículo también destaca las sesiones psicoterapéuticas en grupo señalando algunas ventajas como el apoyo mutuo, aumento de la autoestima, encontrar ejemplos en la vivencia de los otros, ejemplos de resolución de los conflictos y nuevas realidades, identificar recursos, trabajo en comunidad etc.

El ya mencionado Bhugra (2005), recalca la importancia de tener en cuenta ambas culturas (origen y acogida) lo que ayudará a situar los puntos culturales claves que sería necesario trabajar. Dentro de esta dualidad, en 2008, Moya y Puertas proponen un planteamiento y reflexión sobre el papel que juegan los estereotipos en la migración en relación a las mismas personas que migran y a la sociedad receptora.

Desde estos últimos planteamientos recogidos, es necesario destacar los estudios y propuestas de la psicología transcultural como un punto de interés en nuestro campo de estudio. Esta disciplina presenta numerosos estudios de la relación entre la cultura y la psicoterapia y por lo tanto de la influencia de los factores culturales en las intervenciones psicológicas.

Su campo de estudio cobra importancia a raíz del actual mundo globalizado e intercultural y asumiendo que la relación entre los profesionales y pacientes se generaliza a partir de símbolos específicos de su cultura (construcciones sociales de enfermar, descripción de síntomas, métodos llevados a cabo etc.). Desde sus

propuestas destaca la necesidad de una formación multicultural de carácter doble, tanto el que llega como la sociedad de acogida (Brik 2007: 7).

Dentro del campo de la intervención psicoterapéutica, nos invita a reflexionar sobre las prácticas llevadas a cabo y la influencia y diferencias culturales que conllevan.

Lo simbólico también juega su importancia en la construcción del sistema terapéutico, reflejándose también en cómo está dispuesta la sala de espera, la consulta, la posición de las sillas, los colores o la cantidad de objetos que pueda tener el terapeuta en la sala y los elementos que potencialmente puede utilizar (dibujos, pinturas, fotos etc.) (Brik, 2007: 7).

También introduce el papel del terapeuta en las intervenciones y la importancia de la formación transcultural.

Cada vez más, una amplia variedad de profesionales preparados en las disciplinas de la salud, mediación intercultural, educación, asistencia social e interpretación y traducción, requieren su formación en temas transculturales que tienen que ver no solo con su desempeño laboral, sino también con el trabajo personal acerca de sus propias respuestas emocionales ante el inmigrante y el fenómeno multicultural. Esta nueva dinámica permite crear vínculos para compartir vivencias y recibir y aceptar al otro, manteniendo su propia identidad y tomar consciencia de los propios referentes. (Iciarte, 2006: 3).

Para llevar a cabo un acercamiento y fomentar las relaciones necesarias entre la persona y el terapeuta, es necesario tener en cuenta el riesgo existente a estereotipizar, existencia de prejuicios, diferentes construcciones de enfermar, construcciones de significado personales etc.

Utilizando las propias competencias y las propias experiencias profesionales se puede definir un espacio dinámico en donde encontrar al otro y entrar en contacto con sus problemáticas y sus recursos: O sea construir ese tercer planeta en el cual se puede buscar juntos y elaborar contenidos nuevos y significados más constructivos respecto a problemáticas de otra forma estereotipadas o demasiado auto-entradas. (Andolfi, 2009: 9).

2.5 Una mujer migrante en España

Este apartado se centra en la migración en relación a la realidad de género y concretamente a las mujeres marroquíes. Focalizamos el desarrollo, en la situación de las mujeres que han dado lugar al interés y comienzo de esta investigación.

La discriminación de clase y etnia interacciona con la de género constituyendo una trama de asociaciones que condiciona una mayor vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes. (Mazarrasa et al, 2005: 355).

Partimos de una realidad de género y etnia que define la situación que viven las mujeres marroquíes. Ambos conceptos son principios básicos que describen y diferencian la organización de la sociedad actual y por lo tanto adquieren una gran

importancia en la identidad de la persona. En este sentido, es importante tener en cuenta el Trabajo de Fin de Máster propuesto por Laura Carmona Ayuso (Máster Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social 2011-2012) en relación a la migración y las mujeres.

Desde la perspectiva del feminismo y las ciencias sociales, el término género a diferencia de sexo, está asociado con desigualdad. En relación a este término y la mujer, surge una asignación cultural de valores, roles, normas, tareas etc. Esta construcción social, relaciona a las mujeres con el trabajo reproductivo (con escaso reconocimiento social), un rol de cuidadoras y transmisoras, una situación laboral en relación a sectores como la sanidad, educación, trabajo doméstico etc. (Mazarrasa et al 2005: 353-356).

Esta desigual asignación de poder, las condiciones derivadas de la división sexual del trabajo (con trabajo precarios o de peor protección civil), los riesgos de la reproducción biológica y de falta de autonomía en su sexualidad han supuesto riesgos para la salud de las mujeres evidenciándose de forma más aguda en relación a la propia identidad, con consecuencias sobre su salud mental y física. (Mazarrasa, et al 2005: 356).

Los roles y perspectivas de género, se mezclan con los valores culturales de la sociedad de origen y en casos de migración, también con el proceso y la relación con la sociedad de acogida afectando a su situación de desarrollo personal y salud.

Djaouida Moualhi en su artículo sobre los estereotipos occidentales en relación a las mujeres musulmanas, resalta una perspectiva occidental marcada por la discriminación, asociando la realidad de las mujeres musulmanas dentro de su cultura como sumisas, pasivas e ignorantes. En numerosas ocasiones se entiende su realidad como víctimas de la religión musulmana y de una sociedad misógina, fanática, irracional y violenta. Estas valoraciones tienen su origen en diferenciaciones que llegan a comprenderse como opuestas e irreconciliables. Destaca la diferenciación oriente y occidente, entendiendo el primero como irracionalidad y el segundo como racionalidad (la racionalidad entendida como superior), o la contraposición entre cristianismo el islam, llegándose a ver este último como irreconciliable con la moral cristiana (poligamia, matrimonio entre primos hermanos, violencia de las cruzadas etc.).

Generalmente se considera el colectivo musulmán como no asimilable, resistente a una disolución en la cultura de la sociedad de acogida, debido a la percepción de una acumulación e diferencias culturales y, especialmente, a la sensación de que las referencias ético-religiosas son insalvables. Paradójicamente, al mismo tiempo es percibido como un colectivo débil, por su frágil situación económica y jurídica en el país receptor, y por suponerle un bagaje previo de hambre, represión e incluso guerra. (Moualhi, 2000: 292).

Es común caer en esta red de prejuicios y estereotipos no generalizables que acotan la relación entre ambas culturas y en muchas ocasiones la perjudican.

En relación a la mujer, destacan algunos estereotipos muy frecuentes como el uso del velo como relación de discriminación y sumisión, sin tener en cuenta factores tradicionales y culturales como las convicciones personales sobre el uso del mismo, la reivindicación de una identidad social, la expresión de su fe etc., la poligamia sin tener en cuenta el valor que le dan las propias mujeres, su realidad no obligaría y desaconsejada etc. o el sistema de herencia. La autora resalta que es necesario romper con todos estos prejuicios, y reconocer y valorar la realidad personal, activa y única de cada mujer, sin olvidar que existen realidades de discriminación en el país de origen que en casos de migración, se mezclan con la discriminación en el país de acogida.

El discurso compasivo que las representa como pasivas, sumisas e ignorantes tiene un curioso correlato en el escaso espacio laboral, legal e intelectual en que esta sociedad las encierra. Quizás fuera de más ayuda observarlas como sujetos activos e inteligentes que se esfuerzan por dejar atrás la marginación y la precariedad e intentan compaginar lo mejor de ambas culturas. (Moualhi, 2000: 292).

Partiendo de esta situación, es interesante mencionar la realidad de interculturalidad que supone la migración (en este caso España-Marruecos), entendiendo la misma como las relaciones que se crean en la convivencia entre las culturas, que dan lugar a una relación comunicativa. Estas relaciones, se pueden ver afectadas por códigos culturales y personales alejados.

No es posible explicar el comportamiento humano sin tener en cuenta que los actores sociales son agentes productores de significado, usuarios de símbolos, narradores de historias con las que se producen significado a identidad. (Soriano y Santos, 2002: 172).

Así, la realidad de ambos países (factores externos) y la realidad de género, junto con el bagaje cultural de la persona, sus recursos personales y sociales, conllevan unas implicaciones psicosociales que determinan la situación de salud. (El Hadri y Navarro, 2001: 3).

Dentro de su artículo, Soriano Miras y Santos Bailón (2002) destacan una heterogeneidad de motivos que llevan a las mujeres marroquíes a migrar. Clasifican estos motivos en tres diferentes.

Las mujeres vinculadas previamente a una situación familiar de procreación, el origen es la migración familiar, *solteras vinculadas a la red familiar*, también llegan mediante la reagrupación familiar y *las mujeres solteras cualificadas con una mayor occidentalización*, buscan trabajo como independencia económica y libertad personal. Dentro de esta clasificación, son las mujeres de los dos primeros grupos las que encuentran un mayor problema de integración en la sociedad de acogida pues el choque cultural es mayor.

Atendiendo a la historia de Marruecos, destaca la búsqueda de un equilibrio entre la tradición y la modernidad lo que ha invadido la política del país durante numerosos años. El poder hablar de igualdad de género comenzó con la constitución de 1972, desde entonces ha existido una constante lucha por esta igualdad que marca un proceso de cambio constante.

Hablar de una mujer marroquí es una cuestión compleja, tanto más cuando forma parte de un proyecto de sociedad moderna en vías de elaboración en el que le corresponde el papel de guardián de las tradiciones, y cuya consecución última es la consecución del equilibrio de la sociedad. (Soriano y Santos, 2002: 175).

A pesar de esta realidad compleja y de cambios, se pueden destacar algunos roles en relación a la mujer y su cultura que nos ayudan a conocer de forma generalizada la situación que pueden vivir en la sociedad de acogida.

Desde la perspectiva de género en la cultura marroquí el rol materno es uno de los más destacados y valorados. Aunque actualmente la mujer tiene acceso a numerosas posibilidades, a lo largo del tiempo siempre ha estado vinculada al rol de madre y cuidadora del hogar. Desde este rol, como sostiene Rascón Gómez tras su investigación llevada a cabo (2012), la mujer adquiere unos componentes de identidad cultural en función de varias áreas que nos muestran la importancia que cobra el mismo.

Desde el área cognitiva, se puede observar como el rol de madre responde a unos patrones culturales marcados e imprescindibles en la sociedad de origen que se mantienen en la sociedad de acogida. El rol se basa en mantener la estabilidad familiar, el cuidado, la alimentación e higiene. Así la madre en la nueva sociedad de acogida queda a cargo de los niños, es el nexo con la escuela, lleva a cabo las tareas domésticas etc.

Desde el área afectiva, destaca la educación de los hijos. Este proceso se complica con la realidad de migración ya que llevar a cabo una educación en valores en un país con una cultura diferente da lugar a situaciones complicadas.

Las relaciones entre padres e hijos marroquíes se ven afectadas por el proceso migratorio. La confrontación entre lo que la sociedad de origen espera de los inmigrantes marroquíes en su rol de padres y lo que los jóvenes españoles van a exigir al hijo de estos como condición indispensable para integrarse en el grupo, puede provocar conflictos importantes en dicha relación. (Rascón Gómez, 2012: 171).

Esta situación está directamente relacionada con el último área destacado. El área moral, se centra en el compromiso de las mujeres con la importancia del rol materno y la necesidad de responder al mismo satisfactoriamente en la sociedad de acogida. Este rol conlleva ser guardiana y transmisora de las tradiciones lo que se engrandece y cobra mayor importancia si la familia se encuentra envuelta en un entorno cultural diferente. La mujer queda al cargo de transmitir a las nuevas generaciones la cultura de su país de origen.

Dentro de los hogares de las familias marroquíes, las madres con las que se encargan fundamentalmente de enseñar a sus hijos la lengua materna, y de transmitirles los preceptos de la religión musulmana al tiempo que velan por el cumplimiento de sus prácticas (ayuno durante el Ramadán, la oración diaria, las visitas a la mezquita etc.). (Rascón Gómez, 2012: 175).

Por lo tanto, el rol de madre adquiere un valor inmenso y es uno de los que más variaciones sufre dado el proceso migratorio. Sin embargo, es muy común que al llegar a la sociedad de acogida, la mujer se vea en la necesidad de buscar empleo dada una situación económica difícil. Esta situación afecta directamente a este rol ya a pesar de llevarlo a cabo, tiene que atender a una realidad laboral. Este doble rol, conlleva en gran parte una carga, situaciones de estrés, ansiedad y tristeza.

Esta situación muestra otra realidad de las mujeres marroquíes, el ámbito laboral. La incorporación de las mujeres al mercado laboral hoy en día es una realidad, aunque aún perdure la tradición del marido como responsable del plano económico. Dentro del ámbito laboral, destacan situaciones desfavorecidas para la mujer principalmente en el ámbito doméstico, industria textil, cuidados de personas mayores etc.

En este plano, entra la relación con la educación. Las mujeres marroquíes se encuentran con el obstáculo de la formación y preparación. Aunque la realidad formativa ha aumentado significativamente en los últimos años, continúa viéndose afectada por numerosos factores en el país de origen (lejanía a la escuela, matrimonio temprano, horarios incompatibles con el trabajo rural etc.) que dificultan la entrada en el mercado laboral. Amal Amane (2009), menciona el nivel formativo de las mujeres magrebíes como uno de los más bajos comparado con otras culturas. Del mismo modo, destaca el problema que supone para la mujer marroquí el aprendizaje de una nueva lengua para desenvolverse en el día a día y las prácticas sociales que conlleva el rol materno (ir a la compra o las relaciones con los profesores por ejemplo), teniendo que adoptar una integración de valores y normas en relación a ambas culturas.

Esta necesidad de trabajar dada la inestabilidad económica en el país de origen y acogida, se ha visto también afectada con la actual crisis económica, lo que en la mayoría de los casos dificulta la realidad económica familiar, creándose numerosas situaciones donde el marido en paro está en casa con altos niveles de frustración y ansiedad (no satisface su rol y responsabilidad de mantener económicamente a la familia). Esta frustración puede aumentar posibles situaciones de violencia que afectan directamente a la mujer.

Esta mezcla de roles y responsabilidades que recaen sobre la mujer marroquí en la sociedad de acogida, afecta a la calidad de vida y correcto desarrollo de la salud. El *Health Interview Survey* llevado a cabo en Bélgica (2001), encontró que la sintomatología depresiva era más prevalente en turcos y marroquíes que en el resto de grupos de inmigrantes y que estos mismos entre otros, tenían una mayor prevalencia de trastornos por ansiedad que otras personas migrantes de otras partes de la Unión Europea (Collazos et al 2008: 308).

El sentimiento de inferioridad, desamparo social y económico, autoestima devaluada, desarraigo, frustración etc. contribuyen a la aparición de síntomas de conflicto emocional. Además, el hecho de ocupar trabajos poco cualificados, mal remunerados y poco valorados socialmente, que no dependen de su experiencia y formación profesional, pueden llegar a afectar a la autoestima y dignidad de las mujeres. Por ello, es necesario tomar conciencia de la importancia de aportar apoyo psicosocial, información y recursos a las mujeres inmigrantes para fomentar su autoestima positiva y participación social. (El Hadri y Navarro, 2001: 3).

Rascón Gómez en sus conclusiones menciona la importancia de crear herramientas que ayuden a las mujeres en esta situación a llevar a cabo un proceso de reconstrucción de su identidad como madres sin que esta afecte a su situación personal, familiar y social. Propone como alternativa la creación de espacios de encuentro donde intercambiar experiencias personales con mujeres en situaciones similares y dialogar sobre los valores de la sociedad de origen en relación a la sociedad de acogida y viceversa.

3. FIBROMIALGIA

3.1 Un primer acercamiento

Actualmente, La Organización Mundial de la Salud (de ahora en adelante OMS), considera el dolor crónico como una de las causas más comunes que reducen la calidad de vida de las personas a nivel mundial. Dentro de estas enfermedades, las enfermedades reumatológicas y más concretamente, la fibromialgia (de ahora en adelante FM), es una de las enfermedades más frecuentes.

La Sociedad Española de Reumatología define la FM como:

Una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor. Además del dolor, otros síntomas, como fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez auricular, cefaleas y sensación de tumefacción de manos, se encuentran entre las manifestaciones clínicas más comunes. (Alegre y Ballina, 2006: 55).

Como destaca la definición, todavía no se conocen las causas pero se reconoce como una enfermedad crónica reumática. Esto quiere decir, que se caracteriza por ser un trastorno clínico del aparato locomotor y el tejido conjunto, sistemas que permiten al ser humano interactuar con el medio que le rodea a través del movimiento. A esta situación se le suman otra serie de síntomas que hacen más difícil y menos llevadera la enfermedad afectando directamente a la calidad de vida y bienestar de la persona.

Actualmente se afirma que podría estar afectando en torno al 2% de la población mundial (excepto en la raza negra donde no aparece con esa frecuencia). Partiendo de los datos del estudio EPISER (Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española), esta enfermedad presenta una prevalencia del 2,37% de la población general a partir de los 20 años. Esta cifra es cinco veces mayor en pacientes afectados por dolor crónico (Castilla, 2007: 18).

En relación al género, la enfermedad se desarrolla en mujeres y hombres, siendo más común en mujeres que en hombres, una relación mujer:varón destacada de 21:1. Afecta en más del 90% de casos a mujeres (Alegre y Ballina, 2006: 55).

Otra de las características destacables del estudio se centra en la edad, se puede dar en todos los grupos de edad destacando especialmente entre los 40 y los 50 años. Es muy infrecuente en edades tempranas y a partir de los 80 años. (Castilla, 2007: 17).

3.2 Revisión histórica

A lo largo de la historia, se conocen numerosas investigaciones, cuadros clínicos e hipótesis, en algunas ocasiones complementarias pero sin terminar de concretar las causas u origen.

La primera vez que data el origen de una patología parecida es hace 200 años aproximadamente. Anteriormente no se conoce la existencia de nada similar pero lo que si se conoce es la existencia del dolor crónico, siempre relacionado con la magia y las figuras sobrenaturales.

Es a principios del siglo XIX cuando los médicos comienzan a hablar de una realidad desconocida de fatiga, rigidez, dolor y sueño alterado a la que denominan como reumatismo muscular. Hasta 1976, el origen de la FM se enfoca dentro de este reumatismo muscular pero sin límites definidos.

En 1815, el Dr. William Balfour menciona por primera vez un concepto revolucionario, el de "tender point" o lo que conocemos como puntos gatillo, puntos originarios de dolor. Tendrá que esperar hasta 1972 cuando Smythe sistematiza estos puntosos dolorosos a la presión y más adelante Goldenberg publica unos criterios de

diagnóstico basados en estos puntos. Hoy en día esta publicación es imprescindible en el diagnóstico de la FM.

En 1880, un psiquiatra de Estados Unidos propone un nuevo concepto, la neurastenia donde relaciona un cuadro de fatiga y dolor generalizado con alteraciones psicológicas. Esta relación fue revolucionaria y polémica en algunos casos, aunque ahora no está aceptada, sí que postulaba una posible relación entre la enfermedad y el estrés de la vida moderna, realidad que hoy en día se tiene en cuenta dentro de la realidad de la FM.

A finales del siglo XIX, el médico americano George Beard definía un cuadro de dolor generalizado bajo el nombre miolastenia (concepto muy similar a la neurastenia). El Reumatismo Psicógeno surge más adelante introducido por Boland, dada la ausencia de hallazgos que justifiquen los síntomas, postula que los trastornos psicológicos son la causa de los trastornos reumáticos.

En 1904, Gower introdujo estos síntomas como una enfermedad con posible origen inflamatorio adquiriendo esta un nuevo nombre, fibrositis (la inflamación como explicación a los puntos dolorosos y a la hipersensibilidad muscular).

Otra de las teorías a destacar, es la de Elliot el cual menciona la existencia de una relación entre el proceso doloroso y la médula espinal y el tálamo (esta teoría no estaba muy desencaminada de la actualidad, donde si se reconoce una sensibilización central).

También destacan otros términos directamente relacionados con la FM. El Síndrome Doloroso Miofascial acuñado por James Travells y David G. Simonds, se basa en el sistema integrado por la unión entre músculo y la fascia, la disfunción en esta unión provoca dolor en uno o más puntos musculares y se caracteriza por la presencia de puntos gatillo hipersensibles a la presión.

Ya en 1975, Moldofsky habla del sueño y su influencia en el cuadro descrito (contaminación en la fase IV del sueño) lo que amplía la descripción de la enfermedad.

El término FM es propuesto por Hench en 1976 como alternativa al término fibrositis ya que tras las numerosas investigaciones, no hay evidencia de un proceso

inflamatorio en la enfermedad. El nuevo término, concreta los aspectos relevantes conocidos de la enfermedad hasta el momento: del latín fibra que se refiere a “tejido conjuntivo”, y del griego mio y algia, “músculo y dolor”.

Un estudio relevante en casi todos los documentos sobre FM, es el aportado por The American College of Reumatology (de ahora en adelante ACR), en 1990. Realiza un exhaustivo trabajo de investigación con el objetivo de analizar los criterios clínicos que deben cumplir los pacientes para ser diagnosticados y normalizar así el diagnóstico de la FM. El estudio se compone de 558 pacientes en 16 centros de Estados Unidos y Canadá donde se establece que la enfermedad podría ser diagnosticada a través de la identificación de puntos dolorosos en el cuerpo (más de 11 puntos con dolor de los 18 señalados).

Desde 1992, La OMS clasifica la FM como una enfermedad con diagnóstico diferenciado dentro de las enfermedades reumatológicas de partes blandas y en 1993 se define oficialmente como enfermedad en la Declaración de Copenhague.

Hace pocos años, en 1994, Yunus engloba esta enfermedad junto con otras patologías como síndrome de fatiga crónica, síndrome de piernas inquietas, intestino irritable etc. proponiendo como hipótesis la existencia de alteraciones entre neurotransmisores y hormonas.

Actualmente el número de estudios e interés en relación a la FM crece constantemente, existen numerosos autores investigando acerca de esta realidad. Sin embargo, el origen de la FM no termina de estar claro y cómo podemos ver a lo largo de esta breve revisión histórica, su estudio no ha sido únicamente de origen médico. Muestra que es una problemática mucho más amplia que suele ir acompañada de otras situaciones como traumas emocionales o vivencias dolorosas.

3.3 Estudios sobre fibromialgia en la actualidad

Como hemos visto, actualmente el origen concreto de la enfermedad continúa siendo desconocido pero los últimos estudios muestran un creciente esfuerzo e interés en la búsqueda de un trastorno objetivable. En este apartado se recogen algunas de las líneas de investigación planteadas en los últimos años en busca de la causa de la enfermedad que nos permiten conocer el panorama actual que envuelve a la misma.

De acuerdo con la Sociedad Española del dolor y el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre FM, se están llevando a cabo investigaciones en diversos campos.

Los primeros estudios se realizaron en torno a *los músculos* ya que son las zonas donde se encuentran los primeros cambios y síntomas dolorosos. Destacan algunas investigaciones sobre los músculos como órganos diana del proceso (Bennet) o en torno a las fibras musculares y su importancia en la función muscular (Bartels, Bengston), sin embargo, años después estas teorías e investigaciones han sido desechadas. Dentro del origen muscular, también destacan investigaciones relacionadas con los cambios funcionales del músculo (la posible existencia de una fuerza muscular distorsionada en pacientes con FM), con la atrofia de las fibras musculares, lo que podría estar relacionado con la inactividad de los sujetos debido al dolor, o con una posible dificultad de relajar los músculos, al no conseguir una adecuada relajación o descanso se producen situaciones fatiga y dolor muscular lo que explicaría algunos de los síntomas.

A pesar de estas investigaciones, actualmente la conclusión es que los músculos presentan un funcionamiento normal, no existe presencia de trastorno muscular.

Otros estudios mencionan una posible *base genética* que contribuye a la aparición de la enfermedad. En relación a la agregación familiar, hay estudios que afirman que podría haber una base genética en la aparición de la enfermedad ya que se ha comprobado que es 8,5 veces más frecuente la aparición de la misma en miembros de la misma familia.

En este sentido, hay indicios genéticos destacables en los enfermos de FM como es el caso del gen COMT. Algunos investigadores afirman que las personas con FM presentan una forma de este gen menos activa, lo que podrían provocar una inhibición las sustancias químicas que nos protegen del dolor (endorfinas).

Numerosos estudios relevantes se están realizando desde un origen neuroendocrino (la regulación hormonal del sistema nervioso). Se habla del origen de la enfermedad en relación a una posible *alteración del umbral del dolor*.

Los datos más recientes indican que en los pacientes con FM existe una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente por un desequilibrio en los neuromoduladores del sistema nervioso central. En los estudios de dolor introducidos

experimentalmente, se ha comprobado que estos pacientes tienen un umbral más bajo y se necesita estímulos de menos intensidad para provocarles dolor. (Alegre y Ballina, 2006: 56).

Existen hipótesis que especifican una hipersensibilidad a los estímulos, es decir, las personas con FM serían más sensibles a los estímulos dolorosos, ante un estímulo que para una persona sin FM no es desagradable para una persona con FM sí lo es.

Uno de los hallazgos más recientes, es el incremento de la “sustancia P” en el organismo, una sustancia que codifica el registro del dolor en el cuerpo y por lo tanto está relacionada con nuestra percepción dolorosa. Esta sustancia, favorece la transmisión de estímulos dolorosos y es tres veces mayor en los pacientes afectados por FM.

A finales de los años 80 principios de los 90, comenzó a estudiarse la presencia de anomalías en los niveles de serotonina en estos casos (sustancia reguladora del dolor que modifica la intensidad de las señales dolorosas que entran en el cerebro). Como consecuencia a los bajos niveles de serotonina, se puede dar un déficit en la secreción de algunas hormonas lo que de acuerdo a estos estudios, podría desencadenar fallos en la respuesta de estas personas al estrés. Parecen afirmar que esto explicaría el permanente cansancio, una disminución en la tolerancia al dolor, descenso de la calidad de sueño etc. pero no podría explicar todos los síntomas relacionados con la enfermedad.

En relación con el estrés, destacan estudios donde se expone una posible resistencia del organismo a producir cortisol. La disminución de cortisol, provoca una disminución de la adrenalina y por lo tanto una carencia en la respuesta del organismo al estrés, aumento del cansancio muscular, menor tolerancia al esfuerzo, trastornos de sueño etc.

Dentro del estudio del origen de la enfermedad destacan otros autores que sitúan la FM dentro de los *trastornos psicossomáticos* centrando la clasificación de esta enfermedad dentro del área afectiva.

Partiendo de este abordaje psicológico y psiquiátrico, hay investigaciones que relacionan la FM con la histeria, la hipocondría o con otros síndromes y trastornos como el trastorno conversivo, depresión etc. y destacan el parecido de esta enfermedad con otras enfermedades psiquiátricas. Partiendo de esta realidad,

Hundson y Pope introducen la fibromialgia dentro del área psicológica como “trastorno afectivo”, o Goldemberg realiza un estudio sobre la relación con el Síndrome de Fatiga Crónica. También destacan otros estudios en relación a los fenómenos que envuelven esta enfermedad donde se demuestra una relación cercana entre los enfermos de FM y los enfermos psiquiátricos (estas investigaciones se relacionan con el enfoque psicógeno que aparece constante a lo largo de la historia).

Dentro del marco de estas investigaciones, la Sociedad Española del dolor concreta:

Todo parece sugerir que la limitación funcional para la actividad diaria viene condicionada más por una actitud del paciente frente a su dolencia que por limitaciones orgánicas o sensoriales objetivables.

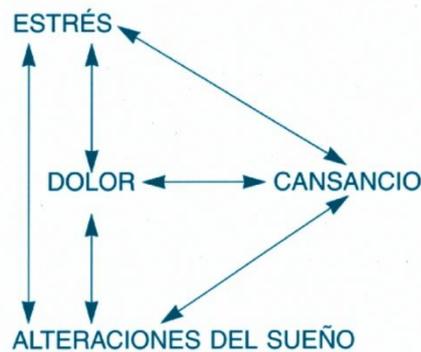
Desde otra perspectiva, se habla de la relación entre el cuadro de dolor crónico y su relación con los procesos psiquiátricos. El dolor constante que caracteriza a la enfermedad podría tener una relación directa con muchos de las condiciones que envuelven a la FM.

Aunque sin ser la causa, en la actualidad también se destacan algunos *agentes desencadenantes* del cuadro clínico en personas que presentan una anomalía previa. Parece ser que en la mayoría de las personas el cuadro clínico de la FM se desarrolla tras un proceso identificable, de entre los que se destacan:

- Accidentes de tráfico.
- Infecciones víricas o bacterianas, o cirugías mayores.
- Antecedentes de situaciones traumáticas en la infancia.
- Situaciones de estrés postraumático (físicas o psicológicas).
- Conflictos laborales, familiares, socioeconómicos o emocionales.
- Trastorno del estado de ánimo o trastorno de ansiedad (con base genética demostrada).

Como vemos, la perspectiva desde la que se investiga esta realidad es muy amplia. Como se expone en general en los artículos, es muy probable que el origen de la FM no se deba únicamente a factores genéticos, orgánicos, psicológicos o ambientales sino a una interrelación entre todos, los factores desencadenantes y los síntomas derivados.

1. MECANISMOS IMPLICADOS EN LA FIBROMIALGIA



¿Qué es la fibromialgia?, Sociedad Española de Reumatología.

3.4 Características clínicas: síntomas

El espectro clínico que caracteriza a la FM es amplio, siendo el dolor crónico el síntoma central y común. La sintomatología de la enfermedad puede crecer o disminuir alternativamente en función de la persona y aparecer lenta o rápidamente. Hay personas que presentan dolor crónico y personas que presentan toda la sintomatología asociada a la enfermedad.

La clínica de la FM se caracteriza por el dolor crónico musculoesquelético generalizado y no inflamatorio exacerbado en los puntos gatillo. Existen otros síntomas asociados con mayor o menor frecuencia, que contribuyen a empeorar la calidad de vida de estas pacientes. Así, la fatiga, el sueño no reparador, la ansiedad, la depresión o la rigidez muscular forman parte del cuadro de la mayoría de pacientes con FM. Es importante conocer la clínica asociada a esta enfermedad, pues es muy raro que las pacientes con FM solamente tengan dolor. (Alentorn, 2008: 68).

La característica fundamental es la presencia del dolor generalizado, en muchas ocasiones un dolor difuso que afecta a gran parte del cuerpo y puntos de dolor determinados. Es un *dolor crónico* variable en zona e intensidad pero que nunca desaparece por completo. La variación del dolor depende de numerosos factores a tener en cuenta como la hora del día (es común que el dolor se intensifique durante las mañanas, una rigidez muscular matutina), el cambio de clima (se agrava con el frío), la falta de sueño, episodios de ansiedad o estrés y el nivel de actividad física desarrollado en el día.

En la mayoría de los testimonios que se conocen de pacientes, destacan una relación entre el dolor constante y su intensidad y la posibilidad de desarrollar sus actividades cotidianas y vida social.

Otro de los síntomas más comunes es el *trastorno y alteración del sueño*. Un alto porcentaje de personas presentan problemas para conciliar el sueño o duermen pero a nivel profundo el sueño se ve interrumpido. La calidad del sueño también se ve afectada por espasmos musculares en piernas y brazos lo que dificulta el desarrollo de un sueño profundo y reparador.

Entre el 80% y el 90% de los pacientes presentan *fatiga, cansancio o sensación de dolor generalizada* (Castilla, 2007: 35), lo que destaca por ser uno de los síntomas más comunes junto con el dolor crónico. Esta situación produce un bajo nivel de tolerancia al esfuerzo y una sensación de energía agotada que afecta directamente a la actividad y desarrollo de la vida diaria donde el enfermo realiza cada vez menor esfuerzo y ejercicio físico.

En un porcentaje elevado de los casos presentan trastornos psicológicos normalmente *ansiedad y depresión* lo que junto con el resto de síntomas especificados se relaciona con la posible aparición de *trastornos cognitivos* como dificultad para concentrarse, confusión, lapsos de memoria etc.

Rigidez muscular, sensación de inflamación y hormigueos destacan sobre todo en manos y pies. Esta sensación se acentúa por la mañana o cuando se ha permanecido un tiempo inmóvil (salas de espera, cine etc.).

Entre los múltiples síntomas asociados, destacan otros como continuas jaquecas y cefaleas, sequedad en la boca y los ojos, trastornos de circulación y calambres etc.

También la enfermedad tiene una estrecha relación con el desarrollo y síntomas de otras enfermedades y síndromes como el Síndrome del Colon Irritable, síndrome de la vejiga irritable, El Fenómeno de Raynaud etc.

3.5 Diagnóstico y tratamiento

Dado el recorrido que tiene la enfermedad y el desconocimiento, no existe ninguna prueba objetiva para el diagnóstico de la misma. Sin embargo, partir de 1990 el ACR define unos criterios de clasificación de la enfermedad. Partiendo de estos

criterios, el diagnóstico de la FM se centró en la existencia de un dolor difuso generalizado y en la identificación de puntos de dolor establecidos.

El primer diagnóstico era el mismo para personas con FM que para personas con dolor crónico por no establecía una distinción entre ambos. El diagnóstico de la FM se centró en una exploración física tratando de identificar puntos de dolor a través de la presión. Esta prueba, consiste en una realidad de dolor generalizado de más de tres meses de duración y en la identificación de puntos de dolor simétricos sensibles a la presión, el dolor debe producirse al menos en 11 puntos de los 18 establecidos.

Estos criterios han sido muy útiles ya que han permitido acotar mejor la FM, sin embargo, presenta únicamente una orientación clínica y con el tiempo se ha puesto en duda la solidez de este diagnóstico.

Además del dolor osteomuscular crónico y generalizado, se debe valorar todos los otros síntomas que acompañan a la enfermedad y nos ayudan a identificar al enfermo con FM. Por otra parte, el conocimiento del resto de manifestaciones clínicas presentes en cada uno de los pacientes permite confeccionar un programa individual de tratamiento. (Alegre y Ballina, 2006: 58)

La realidad en atención primaria era que el diagnóstico normalmente no se llevaba a cabo a través del criterio establecido por el ACR, sino que se realizaba en base a los síntomas. Poco a poco, se han ido conociendo en mayor profundidad los síntomas más comunes (también se debe al gran aumento de la población afectada en los últimos años) y muchos especialistas consideran la FM como un trastorno de amplio espectro lo que les obligó a plantearse si era posible focalizar el diagnóstico únicamente en el reconocimiento de puntos dolorosos. Por último, los pacientes que presentaban una mejora tras el diagnóstico y tratamiento, muchas veces dejaban de cumplir los criterios de clasificación (el establecer el límite en 11 puntos dolorosos, resultaba artificial).

Esta situación, impulsa a la búsqueda de un diagnóstico capaz de reconocer la enfermedad teniendo en cuenta su amplia sintomatología (variable de un paciente a otro). Actualmente también se lleva a cabo un diagnóstico basado en la evaluación de gravedad de los síntomas. Está compuesto por la Escala SS, Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score) y por la Escala WPI, Índice de dolor generalizado (Widespread Pain Index), (adjuntas en el anexo). Estos dos nuevos

criterios no buscan sustituir la clasificación del ACR sino abordar la realidad con mayor amplitud. La escala SS se centra en los síntomas que presenta cada persona y la Escala WPI en el recuento de puntos dolorosos sensibles, por lo que tiene una correlación con los criterios del ACR.

También es necesario destacar numerosos estudios llevados a cabo tratando de acotar una clasificación de la FM que permita dar más homogeneidad y objetividad al diagnóstico (estudios centrados en el perfil psicopatológico y en los síntomas) y personalizar el tratamiento. Destacan clasificaciones centradas en el perfil psicopatológico tratando de diferenciar entre pacientes que sienten dolor con una etiología orgánica y pacientes que sienten dolor como un síntoma psicológico o psiquiátrico (estudios como el de Giesecke, Blasco, Muller etc.) (Belenger et al, 2008).

Dado que la FM es una enfermedad multidimensional, el tratamiento recomendado actualmente es el tratamiento multidisciplinar, basado en ofrecer al paciente un tratamiento integral desde distintas disciplinas interrelacionadas por lo que abarca el amplio espectro que presenta la FM, sobre todo se lleva a cabo en los centros con especialización en FM. Los tratamientos más utilizados en la actualidad son el farmacológico, el ejercicio físico y la terapia psicológica.

Conocidas las características de la FM, el tratamiento propuesto está centrado en mejorar el dolor y tratar los síntomas acompañantes sin tener un carácter curativo.

El *tratamiento farmacológico* es sintomático, no resuelve la enfermedad sino que mejora la calidad de vida de las enfermas. Principalmente está compuesto por antidepresivos, analgésicos e inhibidores de la re-captación de la serotonina. Normalmente la FM requiere el uso de numerosos fármacos diarios lo que conlleva efectos secundarios en la salud y una relación con los síntomas asociados a la FM.

Existen numerosos tratamientos no farmacológicos que se combinan con los anteriores reduciendo el uso de fármacos. Dado que con los fármacos no se consigue el resultado esperado en su totalidad, cada vez están surgiendo más alternativas de tratamiento desde un enfoque biopsicosocial.

Uno de los tratamientos más destacados por su utilidad es el *ejercicio físico* que aporta beneficios en relación a la disminución del dolor, aumento de fuerza, mejora

de la calidad de sueño etc. Normalmente el desencadenamiento de la enfermedad conlleva un bajo rendimiento físico debido al dolor y cansancio, lo que finalmente supone un desentrenamiento físico. Hay debates sobre si el ejercicio físico mejora los síntomas de la FM o aumenta la capacidad de para tolerarlos.

Alentorn destaca el ejercicio físico para la mejora de la forma física y la salud y resalta la importancia de crear programas individualizados teniendo en cuenta las preferencias e intereses de la persona. El ejercicio físico camina más allá de la relación con el cuerpo para abarcar numerosos aspectos de la vida cotidiana de las personas por lo que su beneficio es más amplio.

Cada programa de ejercicio físico debe ser desarrollado entre el paciente y el terapeuta, bajo los principios que establece este último, pero teniendo en cuenta las preferencias, preocupaciones y la voluntad del paciente. El interés por el paciente en su conjunto fomenta la confianza y la exteriorización de las emociones. Tener en consideración el componente social y la autoeficiencia de estas pacientes incrementa notablemente la adhesión a los programas de ejercicio físico. El programa debe estar adaptado al estado físico, psíquico y social de las pacientes. (Alentorn, 2008: 118).

La terapia psicológica está dirigida a la intervención sobre la realidad de FM, tratamiento de situaciones de estrés, la gestión del dolor crónico y el control de los aspectos emocionales que agravan el cuadro clínico de los pacientes (ansiedad y depresión, aspectos cognitivos, conductuales, sociales etc.).

El objetivo de la mayoría de los tratamientos psicológicos en la actualidad es ayudar a la persona afectada a controlar los aspectos emocionales como la ansiedad y la depresión, los aspectos cognitivos, y los conductuales y sociales que pudieran estar agravando el cuadro clínico. De igual manera, se persigue con este tipo de tratamiento que el paciente modifique sus creencias sobre la enfermedad y aprenda técnicas de afrontamiento que le permitan responder adecuadamente al dolor y otras manifestaciones clínicas. (Peñacoba, 2009: 16)

El modelo cognitivo conductual es el que ha demostrado más eficacia hasta el momento y el más utilizado. Desde este modelo se combinan varios ámbitos de trabajo como el aprendizaje observacional, habilidades de afrontamiento, un periodo educacional (información sobre la FM, afrontamiento, adquisición de habilidades y puesta en práctica). (Peñacoba, 2009).

También destacan tratamientos psicológicos multidisciplinarios que combinan la terapia física, terapia ocupacional, programas de terapia cognitivo conductuales y educación.

Peñacoba en su artículo sobre Intervención psicológica en personas con FM, tras un repaso sobre los tratamientos psicológicos actuales, propone unas áreas de

intervención psicológica en casos de FM. Destaca la necesidad de tratamiento del estrés, el dolor, regulación de la actividad, ansiedad y depresión, funciones cognitivas, adaptación social y ocupacional, afectividad y sexualidad, educación familiar, y formación de la salud.

Otro tratamiento destacado en la actualidad es la *educación sanitaria*. Se plantea como un programa organizado sobre la enfermedad, relajación y meditación, control del estrés, afrontamiento de síntomas no como un programa meramente informativo. Uno de los objetivos que persigue es la mejora del afrontamiento de la enfermedad y relación con la misma así como reducir la dependencia del paciente de los servicios sanitarios.

Destacan numerosos tratamientos alternativos que se combinan con los anteriores. La *acupuntura* se ha demostrado efectiva en el tratamiento del dolor crónico y en el caso de la FM en la disminución del número de puntos gatillos o aumento del umbral del dolor. También se llevan a cabo programas de *biofeedback* que mediante instrumentos electrónicos provocan estímulos en relación con la función corporal que quieren modificar, *campos magnéticos*, *masajes*, *quiropaxia* etc.

Una vez conocidas las líneas generales de tratamiento que se están llevando a cabo, destacan diferentes campos de intervención, pero muchas veces se deja en el camino la relación entre los mismos. Tiene un carácter multidisciplinar pero ¿Realmente existe una relación entre todos los abordajes que se llevan a cabo? En algunas investigaciones se menciona la necesidad de tratamientos desde una perspectiva holista que resalta el valor de la interacción entre todos los componentes que rodean a la enfermedad (fisiológicos, afectivos, cognitivos, conductuales y sociales) que muchas veces no se tienen en cuenta en el tratamiento actual.

¿Por qué no pensar que una misma enfermedad pueda tener distintas combinaciones etiológicas así como distintos factores que la mantengan y/o la refuerzen? La fibromialgia se presenta como una enfermedad más o menos homogénea en su manifestación fenomenológica, pero tal vez heterogénea en su etiología y en su mantenimiento como tal. La fibromialgia podría ser una de las tantas enfermedades modernas que abra nuevas discusiones epistemológicas en el campo de la ciencia. Ciencia que se aleja cada vez más de los paradigmas causales tradicionales para acercarse más a las teorías postmodernistas de la complejidad. (Caballido et al, 2005: 13)

Otra de las vías de intervención propuestas es un tratamiento basado en la promoción de la salud y la prevención, centrado en la construcción de fortalezas, virtudes y competencias y por lo tanto en la mejora de la calidad de vida.

3.6 Fibromialgia y dolor crónico

Actualmente el dolor está considerado como una *experiencia perceptiva* fruto de una realidad influida por numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, hasta la segunda mitad del siglo XX el dolor ha sido reconocido únicamente desde un modelo médico (paradigma científico), que definía y trataba el mismo desde su etiología, prevención y cura. Desde esta perspectiva biomédica, el dolor era considerado una experiencia sensorial.

A partir del último tercio del siglo XX, aparecen nuevas perspectivas entre la que destaca el modelo biospiciosocial (centrado en una concepción de salud-enfermedad basada en la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales). Esta nueva concepción, favorece la aparición de estudios que sitúan el dolor como experiencia con un carácter subjetivo, en la que se ven implicados otros factores imprescindibles.

Esta visión integral de la salud y la enfermedad favorece la consideración del dolor como una percepción completa y multidimensional, influida por aspectos genéticos, sensoriales, cognitivos, comportamentales y emocionales y por la interacción entre dichas variables y el entorno social y cultural en el que se desarrollan. Así, pasan a ser objeto de estudio, entre otros factores, el contexto social, las creencias, actitudes, expectativas, emociones, conductas y metas, y el significado que el dolor tiene para la persona, además de los factores biológicos. (López-Chicheri, 2012: 12).

Alentorn habla de cuatro fenómenos que participan en el procesamiento del dolor (nocicepción). *La trasducción* (el estímulo nocivo periférico se transforma en impulso eléctrico), *la transmisión* (se propaga el impulso hasta el Sistema Nervioso), *la modulación* (se inicia la activación del dolor, modificación del impulso nervioso por los sistemas analgésicos) y por último, *la percepción*, donde los tres pasos anteriores interactúan con los fenómenos individuales creando una experiencia subjetiva y emocional del dolor. Dentro de esta última fase y en relación con el resto, encontramos esta subjetividad y multidimensionalidad del dolor.

La Teoría de la Puerta de Control, a partir de la cual se incluyen los factores psicológicos en la experiencia del dolor (hasta entonces se consideraban únicamente consecuencias), fue decisiva en la aparición de este carácter multidimensional. Esta teoría resalta la interacción de tres dimensiones imprescindibles en la experiencia del dolor, la sensorial-discriminatoria, la motivacional-afectiva y la cognitivo-evaluativa afirmando que existen factores

personales emocionales, cognitivos, conductuales etc. que aumentan o disminuyen nuestra percepción del dolor. Es decir, una misma experiencia dolorosa puede ser experimentada de manera diferente en función del estado de la persona. (López-Chicheri, 2012).

Dentro de nuestro campo de estudio destaca también la Teoría Neuromotriz de la cual se afirma que no es estrictamente necesaria la estimulación del proceso nociceptivo para sentir dolor (cambio térmicos, mecánicos, químicos etc.), sino que podría darse en áreas del cerebro vinculadas a funciones mentales, emocionales y pensamientos.

Como vemos, el dolor está directamente vinculado a la persona, a la emoción y a su subjetividad por lo que la persona en su experiencia perceptiva del dolor es imprescindible.

Entre la idea que nos forjamos del dolor y su realidad, todavía queda por explorar el margen de las aportaciones individuales. Por eso, incluso el dolor puramente físico, es un acontecimiento que nos ocurre como seres dotados de un yo: es una experiencia subjetiva y existencial. Y nada contraria más al principio de identidad que la experiencia del dolor, hasta el punto que el dolor puede constituirse en una realidad refractaria a ser expresada sin distorsión en el lenguaje humano. (Bárcena, 2011:168).

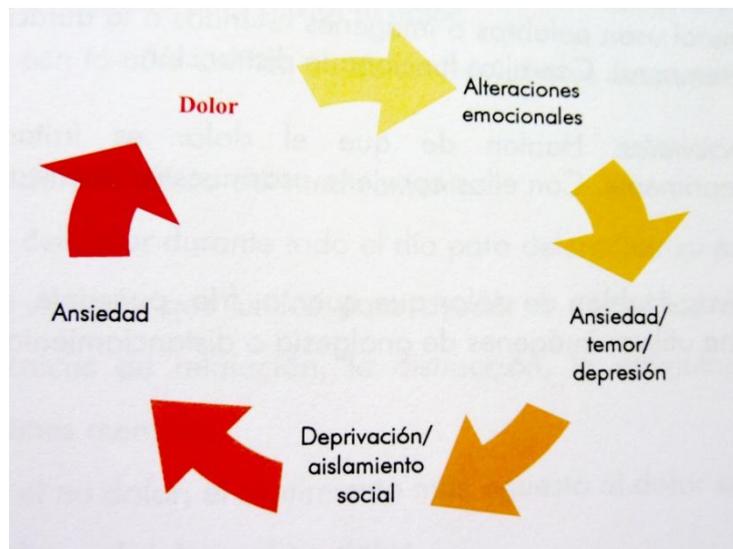
En torno al dolor existen numerosas clasificaciones, pero en relación a la FM nos interesa la clasificación temporal del dolor (dolor agudo- dolor crónico). Dentro de esta clasificación el dolor agudo se presenta desde un carácter adaptativo, como una alarma para el organismo. Sin embargo, por dolor crónico se entiende aquel que continúa tras un largo periodo de tiempo (de 3 a 6 meses), no responde a los fármacos o reposo, y no presenta una relación entre la lesión y la intensidad del dolor. Todos estos factores y los que derivan de ellos, convierten el dolor crónico en un proceso destructivo para la persona.

Dada esta realidad, el dolor crónico está considerado como una enfermedad y no como un síntoma. Una enfermedad que carece de causa física identificable y que produce malestar, incapacidad y sufrimiento por lo que afecta directamente a la estabilidad emocional de la persona, a su funcionamiento cotidiano y calidad de vida.

Aunque el síntoma más reconocido en FM es el dolor crónico, no hay que confundir la FM con el dolor crónico. La experiencia de FM conlleva otras realidades como la fatiga, estrés, ansiedad, depresión etc. que se relacionan con el dolor y la calidad de

vida de la persona. Como hemos visto hasta ahora, todos estos factores están interrelacionados, la realidad física, psicológica y psicosocial de la persona se retroalimentan creando así una experiencia personal y de carácter subjetivo.

2. EL CÍRCULO DOLOROSO



(Rico, 2007: 129)

3.7 Calidad de vida: aspectos psicológicos y psicosociales

La calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior. (Orozco y Vinaccia, 2005: 127).

El concepto de calidad de vida también ha tenido muchas modificaciones, en un primer momento se trató desde la medicina y posteriormente paso a ser campo de la psicología. Finalmente la calidad de vida se ha centrado en una preocupación por la experiencia del sujeto de su vida cotidiana en todos sus aspectos (físico, emocional, social y espiritual), por lo tanto, la valoración que hace la persona, la naturaleza subjetiva de la calidad de vida, cobra una importancia vital en el curso de la enfermedad.

La realidad que supone el diagnóstico de una enfermedad crónica también conlleva implicaciones psicológicas y sociales que se incluyen en la percepción de la

enfermedad, por lo que el significado de esta va más allá que la discapacidad física que supone. Actualmente ya no se habla de una dualidad cuerpo-mente sino de una constante interrelación de ambos, esta relación entre los aspectos psicológicos y físicos destaca especialmente en los pacientes con FM. Sin poder clasificarse como consecuencias o causas de la enfermedad, en los casos de FM los problemas psicológicos y psicosociales cursan junto con el dolor y cobran la misma importancia en la pérdida de la calidad de vida de la persona (factor destacado en la mayoría de los estudios sobre FM y salud).

La presencia continuada de dolor, principal característica del dolor crónico, puede afectar la vida del paciente; destacando, en este sentido los cambios en su estilo de vida y en su estado emocional, de manera que las modificaciones producidas por el dolor, que son a la vez efectos y mantenedores de éste, deben ser consideradas en su evaluación. (Borras et al, 2004: 415).

La realidad de FM conlleva circunstancias físico-biológicas, emocionales y sociales complejas que es imprescindible tener en cuenta para la correcta evaluación de la enfermedad y la mejora de la salud y calidad de vida de las personas. Estas circunstancias afectan a aspectos importantes en la vida de la persona que padece la enfermedad.

Uno de los aspectos psicológicos destacados en las personas con FM son las alteraciones emocionales. En situaciones de dolor crónico, las emociones siempre se han tratado como asociadas al mismo, sin embargo en la actualidad se estudian como un potencial para guiar y motivar el comportamiento adaptativo del paciente y su relación con la enfermedad. (López-Chicheri 2012). La forma en la que un individuo es capaz de manejar sus emociones, afecta al dolor y a la experiencia personal de la enfermedad.

Un paso aún más importante ha sido el hecho de considerar que el papel de las emociones no quede restringido a un simple –que no menos importante- factor precipitador o causante de la enfermedad, sino también como variable responsable del desarrollo, agravamiento y cronificación de la misma. (Fernández-Abascal y Palmero, 1999: 103).

De entre las emociones negativas asociadas a la FM destacan la depresión y la ansiedad, ambas altamente relacionadas con procesos de dolor crónico y enfermedades crónicas. Estas patologías provocan un estado de desánimo que tiene una estrecha relación de nuevo con estas alteraciones. Este círculo que se retroalimenta afecta al dolor y al ajuste de la persona a la enfermedad.

Alrededor del 50% de las personas con FM presentan un estado de ánimo deprimido o depresión. Dentro de este campo, existen numerosos estudios que tratan de concretar la relación entre ambos sin llegar a una conclusión clara. Existen estudios que sitúan la FM como una manifestación de la depresión, otros concretan la depresión como consecuencia de la FM relación muy común en otras enfermedades crónicas. Otros estudios centran sus teorías en que ambas cursan de forma simultánea o en que la depresión aparece debido a un estado de indefensión en la persona dada su situación. Sin embargo, no existen evidencias de depresión diferenciadas entre personas con FM y personas con enfermedades crónicas. Lo que sí se sabe, es que el estado de depresión en casos de FM está relacionado con numerosos síntomas afectivos (tristeza, sentimiento negativo, angustia, irritabilidad etc.), síntomas cognitivos (numerosas preocupaciones, pesimismo, baja autoestima etc.) y síntomas conductuales (aislamiento o disminución del rendimiento). (Escobar et al, 2010)

Del mismo modo, el 47% de las personas con FM presentan trastorno de ansiedad. En el estudio Fibromialgia y emociones negativas, se destaca un perfil de ansiedad específico en FM que no está presente en otros cuadros de dolor crónico, donde la ansiedad se da en relación a la evaluación y asunción de responsabilidades por la persona, elementos fóbicos (miedo a la enfermedades, a realizar tareas que antes se llevaban a cabo, fobias sociales etc.) y en relación al desarrollo de la vida cotidiana.

Dentro de la alteración de la emociones destacan otras como la ira, la tristeza, la irritabilidad, el miedo etc. íntimamente ligadas con la ansiedad y la depresión.

Desde esta realidad de alteraciones emocionales y psicológicas, es necesario mencionar a numerosos autores de posicionamiento psicoanalítico que sitúan la FM en relación a los trastornos de somatización. Destacan en la FM características como la alexitimia (dificultad que presenta el paciente para manejar su vida afectiva). (Castel-Bernal et al, 2006: 40) También destaca la actualidad en las investigaciones que afirman una relación directa entre la ansiedad, la depresión y los síntomas somáticos. El doctor Luis Caballero psiquiatra del Hospital Universitarios Puerta de Hierro de Majadahonda afirma que “La presencia conjunta de depresión, ansiedad y síntomas somáticos es la norma más que la excepción”.

En el término psicológico, también existen aspectos cognitivos relacionados con la experiencia de dolor crónico y la nueva situación asociada a la FM como los pensamientos negativos sobre uno mismo, construcción de significados en relación con la enfermedad, la mala autoimagen etc. Esta realidad está reconocida como un factor de riesgo para lo que es imprescindible el desarrollo de un afrontamiento activo.

En relación a las circunstancias sociales y personales, el dolor crónico y la realidad de FM inhabilitan para llevar a cabo las actividades diarias (estatus funcional), lo que conlleva un descuido de las tareas cotidianas, de la imagen personal y el autocuidado, del ocio, la movilidad, la actividad física etc. Esta situación provoca un alto nivel de sufrimiento, aumento de la ansiedad, aislamiento, baja autoestima etc.

La FM es un patología crónica que aunque no provoca lesiones en los huesos ni deforma las articulaciones conlleva una alteración de la capacidad funcional del paciente lo suficientemente importante como para que presente dificultades para el desarrollo de las actividades diarias habituales. (Bermejo et al, 2005: 690).

Entre los factores de riesgo relacionados con la aparición de la FM destaca la situación de desempleo directamente relacionada con la incapacidad laboral (existe un alto porcentaje de baja laboral). En la mayoría de los casos el diagnóstico de FM conlleva la baja laboral y en consecuencia problemas económicos graves. A esta situación, se suma una enorme frustración por parte de la persona al no sentirse capaz de llevar cabo su trabajo, un sentimiento de culpabilidad y vergüenza.

También el nuevo ritmo o realidad de la persona, disminuye las relaciones sociales y rompe algunos de los vínculos que tiene con el mundo. Esto provoca un estado de incomunicación y en ocasiones la persona pierde parte del apoyo social o este se deteriora.

En general destaca la importancia de los vínculos afectivos en el ámbito familiar, de pareja, amistades etc. La comprensión, el apoyo, la comunicación activa etc. son factores imprescindibles pero con la aparición de la enfermedad y el diagnóstico, muchas veces se ven afectados. Numerosos casos conocidos muestran que la aparición de la enfermedad genera dependencia de los familiares y parejas lo que afecta a la relación y conlleva agotamiento y sobrecarga en las personas cercanas.

Sin embargo, numerosos artículos destacan el apoyo social que reciben las personas como un factor imprescindible en la mejora de la calidad de vida y afrontamiento de la enfermedad.

Es relevante el elevado apoyo social que tienen estas personas, sobre todo ofrecido por la pareja y familiares, lo que les permite disponer de un recurso importante para enfrentar el aspecto emocional de la FM, a veces más difícil que el físico. (Bermejo et al, 2005: 690).

Aunque en ocasiones las relaciones se ven afectadas, destaca el apoyo social que reciben estas personas y la implicación de su entorno más cercano.

3.8 Otros aspectos relevantes

Partiendo de esta situación relacional y de las circunstancias que envuelven a la FM (físico-biológicas, emocionales y sociales), existen otros aspectos a tener en cuenta. En el artículo, *El valor afectivo simbólico de los foros de fibromialgia*, se recogen numerosos testimonios de personas con FM que son una muestra de estas situaciones que se dan asociadas a la enfermedad. Sus testimonios nos ayudan a entender la enfermedad desde la vivencia y por lo tanto, nos acercan a una perspectiva imprescindible de la misma.

Déficit de reconocimiento

El gran desconocimiento sobre la FM genera incompreensión en el entorno familiar, social e incluso en el sanitario. Todo ello provoca una disminución de la autoestima frustración y ansiedad en la persona afectada al ver disminuida su calidad de vida y repercutiendo todo esto en el entorno más cercano. (Bermejo et al, 2005: 684).

Esta realidad de desconocimiento acerca del origen y causas de la enfermedad, genera una carencia de reconocimiento de la enfermedad en el entorno de la persona destacado por una incompreensión generalizada no sólo en el ámbito sanitario, sino también en el ámbito relacional, familia, amistades, pareja etc. Esta incompreensión, repercute negativamente en la aceptación y relación entre el diagnóstico de la enfermedad y el desarrollo de la misma, y la persona.

Son frecuentes planteamientos como, si la FM existe o no, si presenta base orgànica o es un trastorno mental (otorgando mayor validez a la primera que a la segunda), si es tan solo una “invención” del paciente etc. Esto genera en las personas con FM una constante preocupación por que nadie cree que su dolor sea real, sino que es una estrategia inventada, por lo tanto conlleva aislamiento, soledad, estrés etc.

Ahora sé lo que tengo, pero los demás no saben como estoy (...), por mucho que yo les explique como estoy no sé, me da la impresión que nadie me comprende, eso me hace sentir muy mal, pero mal hasta conmigo misma. (Carrasco y Márquez 2008: 36).

Peregrinación de diagnósticos. Incertidumbre asociada.

También en relación al actual desconocimiento sobre la FM, los pacientes comienzan a buscar una explicación a raíz de los síntomas y es común la visita a numerosos expertos sin obtener conclusiones acerca de su estado. En general en España, gran parte de los pacientes diagnosticados con FM, previamente acuden al médico de familia, a consultas de especialistas como reumatología, traumatología, neurología etc. Una vez diagnosticados también son tratados por numerosos especialistas entre los que también se encuentra el psiquiatra.

Atendiendo a los resultados del estudio sobre Las Características clínicas y psicosociales de personas con Fibromialgia, el tiempo que transcurre entre los primeros síntomas y el diagnóstico de la FM es aproximadamente de 9 años, 9 años de incertidumbre, de preocupación, de no tener explicación. Además de esta realidad, el peregrinaje generalmente también suele conllevar un problema asociado a la economía (constantes visitas a consultas privadas).

Hace años que tengo fibro, aunque diagnosticada desde hace tres meses, me ha costado años de ir al médico hasta que al final me dijeron lo que tenía (...) Lo importante ahora, es que te digan lo que tienes realmente y quizás eso te alivie en el sentido de que sabrás a qué atenerte. (Carrasco y Márquez, 2008: 38).

Encontrar finalmente un diagnóstico, suele tranquilizar a las personas que lo padecen, ya que supone una explicación a su realidad.

Identidad, la realidad y normalidad.

Como hemos visto, la FM influye en el ritmo diario de la persona, se producen cambios a muchos niveles que en ocasiones provocan que las personas se sientan extrañas a sí mismas y a su realidad. No se encuentran en un día a día de dolor, cansancio, irritabilidad etc. que les impide realizar sus actividades cotidianas lo que conlleva en numerosas ocasiones una crisis de identidad.

La realidad existe en un plano simbólico, socialmente construido, no la podemos conocer sino a través de la interpretación que hacemos de lo percibido. (Diéguez, 2009: 41).

La no explicación acerca de la enfermedad y el no reconocimiento, la concepción de enfermedad desde una perspectiva biomédica, la percepción de salud como la no

existencia de síntomas etc. no permiten a la persona diagnosticada con FM acercarse a su realidad desde otra perspectiva que no sea la del dolor y la enfermedad, no les permite conocerla, experimentarla creando su propia narrativa y subjetividad.

La narrativa del dolor crónico en estos pacientes es poderosa y termina por atrapar la subjetividad hasta convertirse en su identidad. (Diéguez, 2009: 44).

Del mismo modo, destaca la imposición de la sociedad a vivir con “normalidad” para así mejorar la calidad de vida (“continúa haciendo una vida normal”), lo que suele ser una fuente de frustración que introduce a la persona en un estado de añoranza de su “anterior vida”, la existencia de un antes y un después que no existen interrelacionados.

A veces pienso que esa persona no soy yo y me gustaría que volviera la que era antes, activa, dinámica, alegre, siempre sonriendo, pero te lo juro que este dolor no deja que salga esa otra persona, lo intento pero estoy tan cansada. (Carrasco y Márquez, 2008: 38).

Existe una estigmatización de la FM por la sociedad que envuelve la propia experiencia de la persona que es diagnosticada.

Culpabilidad

La FM conlleva un nuevo ritmo, este ritmo no se corresponde con el ritmo social que define el entorno donde la persona se desenvuelve. Esta realidad relacionada con los aspectos anteriores provoca un sentimiento de culpa por no responder a ese ritmo, asociando la enfermedad con vaguería o incapacidad.

Se genera un sentimiento de culpa en relación a no poder corresponder a todas las demandas del entorno ni satisfacer el rol de madre, de mujer, de trabajadora etc. Afrontar la enfermedad, y reconocer y convivir con las limitaciones que presenta, también destaca como una fuente de frustración.

4. UNA REALIDAD DE GRANDES CAMBIOS: FIBROMIALGIA Y MIGRACIÓN

Tras la doble revisión teórica anterior, quería retomar el ensayo de Galeano recogido en la introducción, que nos devuelve a la esencia de las personas, a la diversidad de lo personal y único de cada uno de nosotros. De nuevo sobresale el término heterogeneidad para describir un mundo formado por numerosos individuos y realidades que lo enriquecen. Es desde esta perspectiva y del valor de cada individuo a pesar de las determinadas circunstancias que lo pueden definir en un momento dado, desde donde parto para plantear una realidad en relación a la migración y la FM.

Desde una perspectiva biopsicosocial, entendemos a la persona como un proceso dinámico en constante cambio, lejos de ser estático, descontextualizado y generalizado. El ser humano vive una situación de impermanencia que marca su existencia.

El sujeto es un sistema de enorme versatilidad, que es una obra inacabada en todos sus niveles, que está en continuo cambio y adaptación a sus circunstancias individuales y sociales, debido, precisamente, a esta interrelación entre el sujeto y su realidad, entre su mundo externo y su entorno. (Sayed-Ahmad, 2010: 260).

Este constante cambio y contextualización que lo definen, son resultado de la interrelación sujeto – realidad. Aunque algunos estímulos y situaciones sí pueden ser compartidos de unas personas a otras, cada uno define su realidad en relación a sus circunstancias biopsicosociales y a sí mismo como sujeto creador.

El sujeto es un sistema constructor, ejecutor y regulador de las actuaciones mediante las cuales establece relaciones adecuadas con la realidad y consigo mismo. Dispone de habilidades cognitivas mediante las cuales adquiere un juicio de realidad, el “sentido de realidad”. (Sayed-Ahmad, 2010: 260).

Cada sentido de la realidad, estaría condicionado por lo tanto, por la persona, por sus vivencias, el entorno que le rodea, por la interiorización e interpretación personal etc. Toda la información que percibimos (acotando el verbo percibir como tomar consciencia y dar significado a los estímulos) tiene un carácter subjetivo y personal completando el puzzle de nuestra realidad, donde el papel único de nuestra percepción es imprescindible. Así pues, partiendo de nuestra percepción, tratamos de dotar de sentido vital a nuestros actos, lo que nos ocurre, lo que queremos y nos define, etc.

En realidad, en toda su vida, consciente e inconsciente, el ser humano no hace sino ir a la búsqueda del sentido, de “aquello” que dé significado y gusto a lo que hace y vive. (...) El sentido brota, cuando sencillamente, reconocemos y vivimos lo que somos, en un proceso ajustado y armónico de crecimiento. (Martínez, 2010: 66).

Sin embargo, ¿qué ocurre cuando “el sentido de nuestra realidad” se ve interrumpido por un cambio o serie de cambios de gran importancia? ¿Afectan esos cambios a la vivencia que tenemos de lo que somos? Como hemos visto la FM y la migración conllevan importantes cambios y pérdidas en la vida de la persona. Destaca la pérdida o empobrecimiento de la salud física (dolor, cansancio, mala alimentación etc.), de las relaciones con los seres queridos y la vida social (lejanía, incomunicación debido a la enfermedad o a nuevas situaciones vividas, barreras culturales, tristeza y cansancio etc.) o del estatus social (en tanto a la sociedad de acogida, a la enfermedad, la vida laboral etc.) entre otros. También destacan cambios como el modo de entender la vida, la forma de desenvolverse en lo cotidiano, las costumbres o la identidad.

En relación al dolor, Diéguez Porres habla del mismo como una vivencia que invade el mundo de la persona, la poderosa narrativa del mismo invade la experiencia y se convierte en la identidad de la persona. Afirma que las personas con dolor definen su historia como “saturada por el dolor”, esta experiencia invade la percepción de sí mismo (Diéguez, 2009: 41). Esta reflexión, ilustra muy bien la importancia que supone la experiencia de grandes cambios para una persona.

Todos estos cambios y pérdidas, dan lugar a una reestructuración de la realidad personal lo que generalmente conlleva una situación de duelo, de reajuste y de crisis para integrar la nueva situación, y en ambos casos suele darse con un carácter crónico. Esta situación, puede suponer una ruptura de realidad, una desvinculación, sensación de no encontrarse, de no reconocerse o la pérdida del sentido vital anclando a la persona en el pasado, en una imagen idealizada, en lo que fue o lo que podría ser y no es.

El esfuerzo por mantener lo que una persona era en una realidad que no lo permite, o que lo dificulta en gran medida, puede encaminarle a vivir del pasado a costa del presente y/o a salir de su realidad para tratar de seguir siendo lo que ya no es. (Meleró y Die, 2010: 88).

Esta ruptura o alejamiento de la realidad dadas la circunstancias, dificultades y nuevas experiencias que conllevan la FM y la migración, supone una necesidad de adaptación de la persona o de elaboración del duelo.

El psicólogo Robert Kavanaugh afirma que el duelo tiene como objetivo la liberación de la persona hacia un nuevo camino de realización. Desde esta perspectiva define algunas etapas del duelo que nos ilustran el camino de vivencias, necesidades y dificultades que puede suponer el mismo (López Cao, 2011: 41).

La primera etapa es el *impacto emocional* que supone la pérdida (en nuestro caso doble, el diagnóstico de la enfermedad crónica y la realidad de migración). El sujeto se encuentra ante un nuevo mundo en el que puede llegar a sentirse extraño. Es común bloquear esa nueva realidad, como un mecanismo de defensa inconsciente. Este bloqueo y negación, nos introducen en la siguiente etapa, *la desorganización del sí mismo*, la realidad y lo sucedido se perciben con falta de claridad e incluso distorsionados. La persona no se comprende, desvinculación con sus emociones, con las personas que le rodean etc. La tercera etapa se caracteriza por el *sentimiento de enojo*, es común que la persona se revele contra lo cercano, lo que está lejos, lo sucedido etc. El dolor afecta personalmente y aflora el enfado por la pérdida. Tras esta situación el individuo contacta con el “nuevo mundo” y con lo que le está ocurriendo, etapa del *sentimiento de culpa*. Recuerda el pasado desde su contexto actual, puede llegar a idealizarlo y siente una gran responsabilidad en relación con lo que ocurre. Este es el punto de ruptura en el pasado y el presente que nos introducían Melero y Die con anterioridad.

Las heridas psicológicas, carencias y vacíos afectivos, bloqueos emocionales – que se manifestarán en un elevado nivel de ansiedad-, lanzando a la persona hacia un futuro que nunca llega, impedirán que puede permanecer y entregarse, sencillamente, al instante presente. (Martínez, 2010: 66).

A partir de esta etapa y en relación con la siguiente, *aceptación de la pérdida* (el autor la define como una experiencia de soledad de reconocerse a sí mismo como quien es y lo que ha perdido), cobra importancia el mundo afectivo, la necesidad de cariño, de comprensión, de escucha etc. son imprescindibles.

Para que el proceso pueda avanzar hacia el crecimiento, es necesario un mundo de referencias y apoyos externos e internos favorable. Ambas situaciones (FM y migración), requieren de un mundo afectivo activo. La situación de desarraigo y de no reconocerse dados los síntomas que conlleva la FM, revela una situación de vulnerabilidad donde el apoyo del entorno cercano y el apoyo social son imprescindibles. Un entorno favorable resulta de gran ayuda para la elaboración del duelo y adaptación, sin embargo no hay que olvidar la lejanía cultural y de los seres queridos que conlleva la migración y la ruptura y aislamiento de las relaciones y vida social que puede suponer la FM. Es necesario tener en cuenta esta situación, pues supone una dificultad en el proceso de elaboración del duelo.

Dentro del mundo afectivo, también destacan las referencias interiores. La capacidad de adaptación de una persona tiene sus límites, y es en este punto donde es importante tener en cuenta la importancia de los recursos y fortalezas, así como el desarrollo de una actitud resiliente sin olvidar el enorme impacto que suponen los cambios de esta envergadura.

El proceso de adaptación al cambio se va desarrollando en función de los recursos internos y externos, de las estrategias y actitudes hacia el cambio. (El Hadri y Navarro, 2001: 3).

Las dos últimas etapas, son *el alivio*, como un renacer del ser donde la persona se descubre en la nueva realidad, y el *restablecimiento del sí mismo*, donde la persona apoyada por su entorno y por ella misma se integra al “nuevo mundo” y comienza a crear proyectos ajenos a la realidad anterior.

A lo largo de todo este proceso como hemos visto en la revisión teórica, se experimentan de forma personal numerosas emociones que tienen una relación directa con los síntomas que destacados en los apartados anteriores. Muchos de los síntomas coinciden y podrían destacar en casos de FM y migración. El estrés que supone el duelo, los cambios y pérdidas conllevan situaciones de impacto en la salud de la persona en relación con las emociones.

Sin duda, las emociones más estudiadas en el contexto de la salud son el miedo/ansiedad, la ira/hostilidad y la tristeza/depresión. Pero, a la hora de hablar de problemas de salud, es preciso también mencionar otro proceso adaptativo como es el estrés, que guarda una alta relación con los procesos emocionales. (...) En primer lugar, el estrés en su fase de valoración da lugar a respuestas emocionales, tanto positivas como negativas y por lo tanto se entremezcla con estas. Y en segundo lugar; en el proceso emocional, cuando no se dispone de forma de afrontamiento adecuada, se produce una respuesta al estrés. Por lo tanto, es

imposible abordar el estudio de la relación entre emociones y salud sin tener en cuenta el estrés. (Fernández y Palmero, 1999: 17-18).

El dolor y la pérdida, son experiencias que invaden el desarrollo saludable de la persona que las vive e influyen por lo tanto en la construcción de su identidad. La identidad, es entendida como un proceso en construcción permanente que no acaba mientras seguimos acumulando experiencias (Diéguez, 2009: 41). El sujeto y su identidad, están en continuo cambio y se ven afectada por la migración y la FM.

La identidad se forma en relación al intercambio de representaciones que el sujeto tiene de sí mismo y que los otros tienen de él, las influencias socioculturales a históricas, los vínculos y relación con el entorno, y las vivencias y experiencias sobre las que la persona construye el sentido de sí mismo. La identidad depende por lo tanto de factores internos y externos, y las experiencias vividas afectan directamente al conjunto (Sayed-Ahmad, 2010: 259).

Alonso Garrido en su tesis doctoral *Mujeres y Arteterapia* (2012), dedica un apartado a la construcción de la identidad e identidad de género. Entre otros factores, destaca la importancia del lenguaje y del cuerpo en la construcción de la identidad. Sitúa el lenguaje como un factor imprescindible después del contacto físico ya que con el lenguaje nombramos, contrastamos nuestra percepción con los demás y adquirimos parte de la cultura. También resalta el papel del cuerpo en la construcción de quienes somos, el encuentro con uno mismo y la diferenciación entre lo femenino y lo masculino.

María Diéguez Porres en su artículo *Enfermedad, identidad y fibromialgia* (2009), afirma que las experiencias se estructuran a través del lenguaje, lo que conlleva que la identidad, el sentido que adquiere uno mismo, tiene una estructura narrativa.

La forma narrativa es el medio primordial por el que estructuramos nuestra experiencia, presente y pasada. La narrativa es el medio de compartir los recuerdos personales, que, de otro modo, quedarían encapsulados a nivel individual, y nos permite dar orden y significado, al mismo tiempo, a nuestro mundo interno y a nuestras relaciones con los demás. (...) La identidad no es otra cosa que un relato que nos contamos y contamos a los otros. Las narrativas personales pueden así considerarse la materia prima (o mejor, los instrumentos) que permiten la construcción de un yo (percibido como) continuo y coherente. (de la Mata et al, 2010: 132).

Así pues, le sujeto se construye en función de su narración y su percepción, y será desde esta teniendo en cuenta su carácter subjetivo, desde donde poder comprender una realidad cambiante y personal a pesar de tener una situación compartida de FM y migración. Intentar objetivar a partir de estas dos vivencias podría resultar un error y pérdida de la esencia de la persona, íntimamente ligada a su subjetividad.

La realidad que vive el paciente es la que él mismo se cuenta sobre los elementos del medio con los que se relaciona. Pero, al menos algunos de estos elementos, pueden ser, en función de esta historia (de esa narrativa), vividos, por ejemplo, bien como amenazantes, bien como objeto de curiosidad o bien como estímulo para la acción, y pueden producir bien miedo, bien asco o bien solidaridad. Lo que llamamos "yo" y lo que consideramos los "otros" son también elementos de nuestro medio a los que nos acercamos a través de esas historias que nos contamos y que, de algún modo, somos. (Rodríguez y Fernández, 2006: 6).

Retomando el inicio del apartado, a pesar de una situación de cambios, duelo, pérdida y desarraigo, el sujeto construye su realidad en relación a sí mismo, al sentido que le otorga a esta y por lo tanto a su propia subjetividad.

Celebración de la subjetividad

Yo ya llevaba un buen rato escribiendo *Memoria del fuego*, y cuanto más escribía más adentro me metía en las historias que contaba. Ya me estaba costando distinguir el pasado del presente: lo que había sido estaba siendo, y estaba siendo a mi alrededor, y escribir era mi manera de golpear y de abrazar. Sin embargo se supone que los libros de historia no son subjetivos.

Se lo comenté a don José Coronel Urtecho: en este libro que estoy escribiendo, al revés y al derecho, a luz y a tras luz, se mira como se mire, se me notan a simple vista mis broncas y mis amores.

Y a orillas del río San Juan, el viejo poeta me dijo que a los fanáticos de la objetividad no hay que hacerles ni puto caso:

- *No te preocupés- me dijo- Así debe ser. Los que hacen de la objetividad una religión mienten. Ellos no quieren ser objetivos, mentira: quieren ser objetivos para salvarse del dolor humano.*

(Galeano, 1989: 106)

5. APORTACIONES DESDE EL ARTETERAPIA

Introduzco este capítulo como una reflexión y recorrido a través del arteterapia y sus planteamientos en relación a mi aprendizaje, experiencia y numerosas dudas que han ido surgiendo a lo largo de estos últimos años. Para ello recojo citas y conceptos que me ayudan a reflexionar sobre la misma y a relacionar parte de la esencia desde mi percepción personal.

Una de las primeras dudas que rodean el concepto, es el carácter ambiguo de su nombre del que se podría deducir el mismo como una mezcla entre psicoterapia y arte. Sin embargo, el arteterapia se enriquece también de la interacción de otras fuentes diversas como la filosofía, estética, educación, psicología, historia del arte etc. Desde esta amplia posición, también es importante destacar su naturaleza relacional (ruptura de la polaridad creación artística- intervención terapéutica), de la que surge un nuevo espacio, y no interdisciplinar, como podría entenderse al escuchar su nombre. (del Río, 2009).

Sin existir una definición clara, una de las características que me gustaría destacar del nuevo espacio que se genera, es el carácter de recorrido simbólico. Retomamos la idea del sujeto como proceso en construcción y la identidad narrativa.

Quienes somos nosotros depende de la historia que nos contamos sobre nosotros mismos. (...) El yo, como agente activo que es, puede modelar las historias en las que vive y que se encuentra y de modo recíproco, las narraciones pueden influir y cambiar la narración que el yo se cuenta acerca de sí mismo. (Rodríguez y Fernández, 2006: 6).

Una situación de malestar, incapacidad o indefensión puede conllevar la construcción de un yo vulnerable. La construcción que lleva a cabo el yo sobre sí mismo influye en las narrativas futuras por lo que una elaboración o re-elaboración desde las mismas es imprescindible.

Desde esta perspectiva del sujeto como agente activo y la importancia de su narrativa, el arteterapia ofrece nuevas posibilidades de relación entre la persona y su narración. La oportunidad de abarcar el “estar” de la persona desde un nuevo espacio potencial, la intersubjetividad que supone encuentro en el nuevo espacio, el lugar del lenguaje artístico etc.

El arteterapia supone una realidad de creaciones sucesivas que encuadran el proceso creador un camino personal, donde la persona trabaja sobre sí misma a través del medio artístico. Esta esencia “física”³, favorece la creación de un lugar simbólico, la creación de un espacio intermedio entre el sujeto y su realidad, que ofrece la posibilidad de recorrer el camino sin la obligación de decir “yo” (lo que en ocasiones puede llegar a resultar violento). En este sentido, el simbolismo que permite el arteterapia, respeta lo indecible y permite al sujeto como creador, recrearse a sí mismo sin tener que desvelarse pudiendo poner el acento en otras partes de la creación artística entre las que destaca percibir, sentir, observar, experimentar etc. (Pierre-Klein, 2006b: 16).

El objetivo principal, no es encontrar significados a la realidad de la persona, sino que toma importancia el sentido de la creación en relación a la obra, la persona y el arteterapeuta (triángulo arteterapéutico). No es una búsqueda de significación en torno a un discurso lógico.

El significado interesa menos que el sentido de la creación que es una metáfora de la propia terapia. (Pierre-Klein, 2006a: 13).

La experiencia creativa permite precisamente la creación de un espacio compartido y de encuentro, que posibilita rodear las significaciones más dolorosas, explorar nuevos caminos y sentidos para abarcarlas, y conocer nuevos lenguajes del ser.

El síntoma no se ataca directamente (como re-educación), se respetan las defensas, se rodean las resistencias en un espacio que se mueve en el simbolismo ambiguo y que sorprende tanto al paciente como al terapeuta. (Pierre-Klein, 2006a: 12).

Como resaltábamos anteriormente, el lenguaje es imprescindible en el desarrollo de la identidad, por lo tanto explorar nuevos lenguajes como seres creadores puede abrir nuevos caminos a la experiencia de vida.

La creación artística, se sitúa en un lugar lleno de ambigüedades, una representación de carácter polisémico que da cabida a los múltiples sentidos que forman a cada persona al margen de las estructuras lógicas. Aunque Schaverien

³ No siempre la creación artística ha de tener un carácter físico, destaca la interrelación de varias naturalezas.

Desproveer a la acción creadora de su determinismo objetual, se convierte por tanto en labor fundamental del arteterapia: amplificar su potencial verbal, no verbal y/o pre-verbal a través del proceso, constituye el núcleo de la intervención, que de esta forma, vehiculiza la creación como plataforma o compromiso de la subjetividad del sujeto con la realidad. (del Río, 2009: 24).

centra la siguiente cita en la pintura, dentro del campo de arteterapia los autores hablan de numerosos medios artísticos para la creación y la simbolización. Artes plásticas, lenguaje corporal, olores, imaginación etc. Existen numerosas clasificaciones pero sobre todo destaca la relación del sujeto con la creación y los sentidos potenciales que de esa relación y movimiento pueden surgir.

Las pinturas incluso cuando aparecen totalmente terminadas evocan movimiento y relación, pero no pueden ser leídas. (...) Incluso una imagen bidimensional es tridimensional en el sentido de que está llena de múltiples significados potenciales que reverberan entre y hacen eco entre sí. Ninguna pintura puede ser explicada a través de la palabra, si así fuera, no tendríamos ninguna necesidad de hacerla. (López y Martínez, 2006: 51).

Todos esos significados potenciales interrelacionados de los que habla el autor, nos introducen el arteterapia como un proceso de diálogo, de encuentro y de transformación.

En la obra entra en juego un rico diálogo entre nuestro lado más caótico, más loco, más extraño, temido e incómodo y nuestro lado más formal, aceptado, organizado y normalmente más rígido. En la experiencia creativa es posible volcar todas estas partes de nosotros sin juzgarlas, dándoles lugar, permitiéndoles que sean y que se expresen para, a partir de ahí, encontrar poco a poco un espacio de integración. (Ojeda, 2011: 174).

Partiendo de este diálogo personal, hay que tener en cuenta que cada persona experimenta el espacio arteterapéutico de un modo personal siempre en relación a todos los componentes que entran en juego. Esta relación de esencia personal e única, es la que dará lugar al espacio simbólico, transformación, vínculos etc. en cada caso concreto.

Dentro es esta realidad de encuentro, destaco la importancia del rol del arteterapeuta, situación que me ha supuesto grandes dilemas y dudas durante mi formación. Desde un acompañamiento en el recorrido simbólico su presencia es imprescindible en las sesiones.

Dentro del marco en el cual se encuadra el tratamiento, toda intervención se encuentra atravesada por la subjetividad del/la arteterapeuta e incide o repercute en la del/la paciente, convirtiéndose en el material intersubjetivo por excelencia; modificando, cualificando, afectando al campo de acción en que el proceso inevitablemente, ha de inscribirse. (del Río, 2009: 21).

El arteterapeuta se presenta como un mediador entre la persona y la materia, pero interviene desde su subjetividad sin que esto implique desarrollar y acotar el camino que ha de seguir la persona (un carácter directivo). Interviene como acompañamiento en el proceso creativo, sin embargo el acompañamiento puede resultar tarea difícil y muy delicada.

Dentro de esta relación, entra en juego la interpretación y toma de sentido de la obra, de la que el arteterapeuta también forma parte. Lewis Aron me permitió conocer el sentido de la interpretación con otra naturaleza, desde un carácter “bipersonal y recíproco”.

Pienso en la interpretación no como lo que significa para la psicología del yo, es decir, una explicación o traducción con la connotación de uno que sabe e interpreta a otro que no sabe. (...) La interpretación es un proceso complejo intersubjetivo que desarrollan conjuntamente paciente y analista. (Aron, 2008: 50-51).

Esta realidad de intersubjetividad, ha sido una de las grandes dificultades destacadas en mi experiencia. La observación, encuentro, intervención, vínculo, interpretación etc. cobran gran importancia en el desarrollo de las sesiones. Desde este punto cobra mucha importancia la figura del arteterapeuta y ha sido foco de numerosos replanteamientos dentro de cada sesión. Como tal, considero de vital importancia la terapia personal y supervisión.

Nuestra labor no es otra que la de acompañar y no la de dirigir en función de nuestras propias expectativas e ideas pre-establecidas. (Ojeda, 2011: 178).

Separar entre las propias expectativas creadas en relación a la intervención y el encuentro natural con la persona, puede llegar a resultar difícil. Es importante este encuentro del arteterapeuta con la persona, y ambos en relación con la obra. El arteterapeuta debe ser capaz de dejar el espacio y ritmo necesarios y procurar una vía de encuentro libre de esas expectativas, necesidad de logros, inseguridades y miedos e ideas-preestablecidas.

La creación en terapia que nace del encuentro de dos subjetividades, muestra que las formas así creadas pueden ser una exploración de los enigmas individuales y producir efectos en la persona que ella misma puede relacionar con las culturas que lleva dentro. (Pierre-Klein, 2006a: 14).

La experiencia me ha abierto nuevas vías de reflexión en torno al arteterapia, que aunque ya planteadas por numerosos autores como recogen las citas, se han ido relacionando con mi experiencia. Esto me ha permitido comprenderlas desde la misma, replanteármelas y recogerlas para poder seguir construyendo mi significado personal dentro de este campo profesional.

5.1 Intervenciones llevadas a cabo desde el arteterapia

Ante una situación marcada por FM y migración, no he encontrado intervenciones concretas llevadas a cabo. Sin embargo, en este apartado recojo algunas

intervenciones en relación a ambos campos que recogen experiencias y reflexiones diversas desde el arteterapia y algunas otras orientaciones, que pueden resultar de gran interés.

Estas experiencias, abren un abanico de planteamientos y propuestas, puesta en marcha de intervenciones, conclusiones etc. que amplía y completa el recorrido desde el arteterapia en relación al campo de investigación propuesto.

5.1.1 Arteterapia y fibromialgia: los lenguajes del cuerpo

Araceli Guiote González está llevando a cabo una investigación para su tesis doctoral en relación al arteterapia y FM. Tras llevar una revisión teórica sobre el colectivo, ha llevado a cabo una intervención arteterapéutica con un grupo de mujeres en la Asociación de Fibromialgia de Granada (AGRAFIM).

La intervención se llevó a cabo durante dos meses y medio, talleres de una hora y media de duración (dos veces por semana).

Propone numerosos objetivos centrados en la observación de dos de las problemáticas más destacadas que se presentan dada la FM. La primera es la dificultad que presentan para escuchar al cuerpo centrandose gran parte de su escucha en la realidad de dolor que viven, la voz del dolor cobra mucha importancia. La segunda, es la distancia entre la presencia y vivencia del cuerpo y las emociones que viven estas personas. A la luz de estas dos realidades, propone una hipótesis de trabajo que guiará sus investigaciones y la puesta en marcha de los talleres.

¿Puede el Arteterapia ser una terapia efectiva, para tomar conciencia de algunas características psicopatológicas asociadas a esta enfermedad y posibilitar alivio y mejora en la autogestión del dolor? (Guiote, 2011: 122).

En su exposición de caso llevada a cabo en AFIA en junio de 2011, introdujo numerosos conceptos destacados en relación a su experiencia con el grupo, el miedo de las participantes a no cumplir expectativas sociales, la búsqueda de la perfección, tensión, miedo a no tener el control etc. Destacó también la importancia de los factores ambientales y del refuerzo del rol activo a través del medio plástico.

Como reflexión a sus planteamientos y experiencia destaca dos conclusiones a tener en cuenta.

En primer lugar dedica una parte de su reflexión a la importancia de la intervención arteterapéutica como espacio para tomar conciencia de las características psicopatológicas asociadas a la enfermedad. “¿Qué me está pasando?”. La importancia del auto-concepto en estos casos, de la subjetividad y del afrontamiento de las dificultades. Resalta cambios en el discurso de las mujeres a través del arteterapia, En una primera fase el discurso se caracterizaba por la idealización, más avanzados los talleres, éste comenzó a mezclarse con la angustia para llevar a una etapa final en la que toman conciencia de su sufrimiento.

En segundo lugar, afirma que sí puede ser efectiva para la mejora de la autogestión del dolor y favorecer el alivio ya que se describen sensaciones de satisfacción.

Los talleres han permitido canalizar la angustia en relación al reconocimiento social de la enfermedad y transferir en las obras la carga emocional inicial transformándola en imágenes que le devolvían un reflejo amable y satisfactorio de sí misma. (Guiote, 2011: 131).

Como conclusión a su exposición de caso en AFIA y a su experiencia hasta el momento, pues continúa actualmente, se cerró el caso en el encuentro con una frase que invita a la reflexión y que por lo tanto me gustaría recoger.

No puedes volver a nacer, tienes que transformar lo que tienes (Encuentro en AFIA junio 2011).

5.1.2 Silenciar la enfermedad fantasma

Considero de gran interés la intervención y propuesta llevada a cabo con personas con FM a través de la musicoterapia por la Profesora de la Universidad de Huelva, Elena Goicoechea Calderero.

Con el fin de reducir la experiencia de dolor y dado el cansancio y fatiga que supone la FM, propone una intervención centrada en dos objetivos principales: combatir la ansiedad y reducir la tensión muscular.

La música tiene la facultad de producir en nosotros una respuesta motriz o emotiva: hacernos llorar, sonreír, emocionarnos, o una respuesta orgánica: ruborizarnos, alterar nuestra respiración etc. (Goicoechea, 2006: 135).

Desde esta doble facultad de la música, destacan los efectos biológicos que puede producir en relación a las indicaciones de Benzon (incremento y disminución de la energía muscular, variación del pulso, presión sanguínea etc.), y su capacidad para reducir el impacto de los estímulos sensoriales, mantener el ritmo respiratorio estable, relajar, desarrollo de la atención y concentración etc.

Tras el análisis de estas posibilidades, se podría dividir la intervención en dos propuestas interrelacionadas.

La primera es la importancia de la relajación en casos de FM, ya que puede paliar algunos síntomas en relación al dolor, insomnio, estrés etc. También destaca beneficios del entrenamiento de la misma como el descanso del cuerpo, recuperación de la fatiga

La segunda, propuesta como una técnica de relajación, es el control de la respiración pues permite una adecuada oxigenación del organismo.

Mediante el entrenamiento de la respiración y relajación se consigue reducir la tensión muscular y mejorar el estado general de la persona lo que provoca una disminución del dolor; además estas técnicas permiten que conozco mejor su cuerpo y los cambios de en él se dan, permitiendo un mayor control y afrontamiento de las situaciones problemáticas. (Goicoechea, 2006: 137).

Tras este planteamiento, propone el aprendizaje de la *respiración completa*, también conocida como “de las tres cinturas” (abdominal, torácica y clavicular), y el aprendizaje de *la relajación progresiva* propuesta por Jacobson, basada en la tensión-relajación sistemática de varios grupos de músculos y el conocimiento de las sensaciones que resultan de esta práctica. El objetivo de esta técnica es que la persona sea capaz de reconocer aquellos músculos en tensión para poder relajarlos. El objetivo final de la intervención es convertir estas prácticas en ejercicios habituales de la persona.

5.1.3 Danza movimiento terapia y FM: una aproximación en todas sus dimensiones

Sarah Rodríguez Cigarán, doctora en psicología, psicopedagogía y psicoterapeuta especialista en las Artes Creativas en Psicoterapia, llevó a cabo su tesis doctoral en relación al trabajo psico-corporal con personas diagnosticadas con FM. En concreto desde la danza movimiento terapia.

Enfoca la intervención desde una concepción global del dolor entendiendo el mismo como emocional y en relación al contexto e historia de cada persona. Entiende la relación mente-cuerpo-dimensión espiritual como un todo y por lo tanto, dentro de la Danza Movimiento Terapia, destaca un círculo de relaciones entre la emoción, el pensamiento y el movimiento, de la que cobra gran importancia el cuerpo.

En relación a su propuesta de intervención a través del movimiento, destaca una serie de ventajas a tener en cuenta que nos ayudan a entender el trabajo desde el cuerpo: destaca la capacidad creativa y creadora de cada personal, la conexión entre emoción y expresión corporal, el juego como espacio transicional y forma de hacer, y el movimiento como transformación y cambio.

Tras su experiencia con FM, recoge algunas conclusiones significativas de la intervención que divide en varios aspectos.

Dentro del aspecto biográfico destaca entre las participantes la expresión de limitadas relaciones interpersonales. La presencia de un evento traumático precedente al diagnóstico y la distancia física y emocional con los progenitores.

En relación a los aspectos biológicos realiza una aportación muy interesante. De la experiencia llevada a cabo, destaca una narrativa repetida en todas las mujeres en relación a “problemas médicos relacionados con la feminidad” (dificultades en el aparato reproductor femenino, pechos, aparición de quistes, imposibilidad de dar de mamar etc.) sin necesidad de entender estos como hechos traumáticos. Dentro de este bloque también relaciona la poca apetencia sexual y los problemas que conlleva.

Por último destaca aspectos psicológicos repetidos como perfeccionismo, sentimientos de que la vida no tiene sentido, falta de responsabilidad etc. lo que conlleva sentimientos de indefensión.

En relación al movimiento y propuesta, destaca la tensión y agarrotamiento del cuerpo, que limita la acción corporal y fluidez del movimiento. También una relación de no movimiento-no expreso lo que las mujeres significaban con “no siento” (absentismo del mundo emocional).

Para poder entender su experiencia, es interesante finalizar con un testimonio ilustrativo del planteamiento y la importancia del cuerpo, emoción, género etc.

Creo que cada persona necesita su propio proceso de encuentro consigo mismo. Proceso personal de búsqueda interior acompañada por un profesional para que pueda ser testigo y apoyo. Así, poder volver a encontrar con no sólo un “cuerpo que duele” sino también con un “cuerpo que disfruta, que siente algo más que dolor”. A lo largo de los años me encuentro con mujeres que viven sus cuerpos como ajenos, cuerpos que les permiten ir, venir hacer, limpiar, arrastrar... todo movimientos ejecutivos, prácticos y eficientes. Pero que se encuentran muy alejadas del sentir el cuerpo como un lugar de encuentro consigo misma. (Rodríguez, 2005: 3).

5.1.4 Arteterapia en SAPPIR

En un texto en referencia a la Conferencia en el 3º Congreso Europeo de Psicoterapia; AEP (Asociación de psiquiatras europeos), la arteterapeuta y antropóloga Eva Marxen (actual profesora en posgrados de salud mental y migración), recoge algunas observaciones llevadas a cabo en la intervención arteterapéutica desarrollada en SAPPIR de Barcelona (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados).

Los talleres se desarrollan con mujeres y niños sobre todo destacando entre los países de origen: Marruecos, Latinoamérica y Pakistán. Las sesiones se llevan a cabo una vez a la semana con una duración de 45 minutos y durante un periodo de entre tres meses a dos años. Del mismo modo, las sesiones se caracterizan por una dinámica no directiva pero por un primer periodo de explicación de los materiales debido a que gran parte de las personas migrantes, no han tenido un contacto previo con los materiales en términos occidentales. Por ello, la autora propone un orden de contacto con los mismos que va de lo familiar y bidimensional, a lo tridimensional ampliando la posibilidad de recursos a utilizar.

Marxen afirma que cada intervención está determinada por la situación social, trabajo o situación jurídica de la persona, y define su método de trabajo desde una base Kleniana y también en relación a Winnicott y sus teorías sobre el espacio potencial.

Uno de sus objetivos, es mostrar las ventajas del arteterapia en contextos de migración y tras su experiencia, comparte una serie de conclusiones y ventajas interesantes en el campo profesional.

La primera ventaja que menciona es el *carácter no verbal del arteterapia*, lo que convierte en imprescindible el dominar el idioma del país de acogida. Destaca la situación de no tener el idioma como una posible experiencia dolorosa o una incomunicación con las costumbres el nuevo lugar para la persona. Por ello, la base de comunicación sin palabras es una ventaja.

Los sentimientos y pensamientos más fundamentales de las personas, derivados del inconsciente, alcanzan su expresión a través de las imágenes y no de las palabras.

Margaret Naumburg

Destaca también los beneficios *de un nuevo espacio donde la persona puede continuar su ritmo y trabajar a través de su simbolización* sin la obligación de adaptarse al del terapeuta o la cultura de acogida. Resulta interesante su experiencia concreta con dos mujeres de Marruecos.

Por ejemplo, en la obra de arte marroquí de dos pacientes de sexo femenino destaca la caligrafía o la ornamentación geométrica, respectivamente. Debido a la prohibición relativa de la imagen de la cultura islámica, el arte profano, sobre todo la artesanía y artes aplicadas han adquirido especial importancia. Lo mismo ocurre con la caligrafía, que en el mundo islámico se considera como un arte que también tiene una función simbólica y religiosa. Es una fuente de valores y emociones. Las dos mujeres nunca han tenido ningún contacto con el arte occidental antes, por lo que no es de extrañar que hayan recuperado los orígenes artísticos de su cultura. (Marxen, 2003).

Como tercera ventaja, destaca la creación artística como *un enfoque seguro para conocer los aspectos positivos y negativos de la propia cultura y de la del país de acogida*. Sobre todo centra esta ventaja en el trabajo con grupos, donde pueden intercambiar experiencias, aspectos sobre la aculturación, opiniones etc.

También valora la obra y la creación artística como favorecedora de *asociaciones de vivencias y experiencias*, y por su *carácter regresivo* que facilita la reflexión en relación a los recuerdos (destaca recuerdos sobre el origen, la cultura, el idioma etc. lo que ayuda a la persona a trabajar los aspectos del duelo migratorio).

El sentido de la identidad puede ser fortalecido con la creación artística, por lo que esta puede suponer un apoyo *para mantener al identidad cultural*.

Por último destaca el arteterapia como *una terapia más cercana* a las personas de otras culturas que las terapias más convencionales aunque la comunicación no verbal no está exenta de valores culturales. Dentro de esta valoración, recalca la necesidad del arteterapeuta que trabaje en este campo de formarse en antropología y en los principios de la terapia transcultural así como de un trabajo personal que le permita un auto-conocimiento sobre sus actitudes, estereotipos, valores, creencias etc.

Tras llevar a cabo una evaluación de la intervención, afirma un progreso de los pacientes debido a las sesiones de arteterapia sobre todo en relación a la socialización y la elaboración del duelo migratorio y cierra sus conclusiones, afirmando la necesidad de incorporar el arteterapia en los equipos multidisciplinares que trabajan la salud mental de inmigrantes y refugiados.

5.1.5 Arteterapia y subjetividad femenina: construyendo un collage

Las arteterapeutas Raquel García Casasola y Eva Santos Sánchez-Guzmán a partir de su interés por investigar sobre los aportes de las producciones plásticas al proceso personal de cada persona, recogen una experiencia centrada en la subjetividad de la mujer a partir de las prácticas del curso de Especialista en Clínica Psicopatológica y Psicósomática en Arteterapia (Universidad de Murcia).

Dentro de su artículo recogen la experiencia en un grupo de mujeres que forman parte del programa de psicoterapia del Hospital Morales Meseguer de Murcia. Los talleres de arteterapia, se enmarcan dentro del programa de psicoterapia, llevándose a cabo sesiones de dos horas de arteterapia, un día a la semana y con un total del 19 talleres.

Centran la intervención desde tres perspectivas, el arteterapia entendiendo la misma en relación al valor de la metáfora dentro de las obras creadas durante el proceso, la psicoterapia psicodinámica y encuadre psicoanalítico, y la perspectiva de género, entendiendo a través de numerosas autoras, los valores de género como estructurantes de la construcción subjetiva de la persona.

Recogen los objetivos y propósitos de la intervención en un párrafo explicativo.

El principal propósito del tiempo de Arteterapia, dentro de este espacio “Psi”, consistiría en promover y acompañar el proceso de producción de imágenes que sirvan para simbolizar y metaforizar conflictos, como hemos señalado anteriormente. Pero también el bosquejo de nuevas imágenes propias con las que identificarse positivamente. Con ello, instaurar un espacio de “hacer y crear” que facilite el proceso de apropiación de un discurso subjetivo. Invitarles a ser generadoras de imágenes y facilitar la elaboración de la imagen de sí mismas permitiéndose despojarse de idealizaciones. (García y Santos, 2011: 91-92).

Una de sus primeras conclusiones y planteamientos es el beneficio de llevar a cabo un trabajo interdisciplinar, un trabajo conjunto entre todos los profesionales implicados en el proceso (grupo psicoterapia y de arteterapia). Del mismo modo, una de las primeras dudas que recogen en relación a la intervención es ¿cómo introducir el arteterapia en un grupo de psicoterapia ya formado previamente? Para ello, llevan cabo una serie de propuestas iniciales.

También destacan el beneficio de trabajar en un grupo formado previamente a la hora de expresar emociones y profundizar en sus experiencias. En cuanto a la

dinámica de grupo también señalan el valor de esta, ya que ofrece la posibilidad de vincular las imágenes individuales con las transferencias grupales.

Con respecto a la creación artística, llevan a cabo un primer acercamiento a partir de materiales propuestos favoreciendo un acercamiento a la creación evitando la ansiedad de las primeras creaciones. Posteriormente favorecen un desarrollo de las sesiones no directivo.

Las reflexiones más llamativas giran en torno al valor de la creación artística y la subjetividad femenina. Destacan la creación como favorecedora del diálogo entre el pasado y el presente y de la práctica retrospectiva, lo que posibilita la reelaboración de significados personales. En relación a esta misma reflexión, mencionan el arteterapia como una disciplina adecuada para trabajar en relación a la subjetividad femenina y que ha ofrecido a las mujeres, una posibilidad segura de mirarse en su trayectoria de vida desde diferentes perspectivas, de historizarse en su propia historia.

La posibilidad de conferir a las imágenes diversos significados, emociones o sentimientos nos hizo pensar en la gran capacidad de contención que poseen las imágenes creadas. En éstas han podido depositar gran carga emocional y simbólica sin quedarse atrapadas, comprometidas o cuestionadas superyoicamente por lo dicho, sino más bien, pudiendo transitar y resignificar sus producciones como un modo de "autorizarse", en el sentido de autor, y por lo tanto hacerse cargo de sus ambivalencias. (García y Santos, 2011: 101).

5.2 Otras intervenciones relacionadas

En este apartado, recojo un planteamiento interesante que invita a la reflexión y enriquece el posible tratamiento e intervención en el campo propuesto.

5.2.1 Un acercamiento a Mindfulness

El mindfulness como procedimiento terapéutico, se plantea como complementario a los recursos clínicos más conocidos y convencionales. En la mayoría de los artículos, se menciona que mindfulness no tiene traducción en castellano y lo relacionan con los términos atención, conciencia y referencia al momento presente, lo que conlleva ir algo más allá del componente psicológico para entenderlo en un sentido amplio, un sentido o filosofía de vida.

A nivel teórico, se puede relacionar su origen con dos fuentes. La primera de ellas es la tradición oriental entendiendo la misma en relación la meditación como forma de vivir y conocer las experiencias. El encuentro entre la meditación y la práctica espiritual oriental, y la psicología occidental, ha pasado por diferentes momentos. En un primer momento la práctica de la meditación fue vista desde una visión crítica e in-aceptada desde el saber occidental. Posteriormente durante los años setenta y ochenta, comienza un nuevo periodo “New Age”, caracterizado por un encuentro entre ambas corrientes. La tradición oriental comienza a valorizarse en occidente lo que en muchas ocasiones conduce a una idealización de lo oriental desde el saber occidental (el desarrollo espiritual y la psicoterapia son dos posibilidades pero son comprendidas como antítesis).

El paso del tiempo mostró que aquella esperanza puesta en las prácticas orientales no trajo los frutos deseados, principalmente porque el esfuerzo que exige una práctica seria y profunda no es fácilmente compatible con nuestra cultura, con nuestra cotidianidad y estilos de vida. Comienza así un proceso lento de integración y síntesis que es el que actualmente estamos viviendo. (Pulido, 2012: 388).

Con este párrafo, Ricardo Pulido nos muestra la ruptura que se produjo en esta segunda etapa y nos introduce a la etapa actual, caracterizada por un encuentro progresivo de integración entre las perspectivas orientales y occidentales.

La segunda fuente con la que se relaciona es con las denominadas “nuevas terapias conductuales” o “terapias de tercera generación” (consideran el contexto como elemento principal). A diferencia de las primeras terapias conductuales centradas en el cambio directo de conducta, estas terapias son planteadas desde una perspectiva experimental y por lo tanto, con estrategias de cambio indirectas (centradas en las funciones de la conducta que lleva a cabo una persona y no en su forma). (Vallejo, 2006).

Miguel Ángel Vallejo, en su artículo sobre mindfulness, recoge una serie de elementos esenciales del mismo que se dan interrelacionados entre sí, lo que nos puede ayudar a comprender su planteamiento y orientación.

El primer elemento definitorio que menciona es *centrarse en el momento presente*.

El vivir lo que está sucediendo en el momento, supone dejar que cada experiencia sea vivida en su momento. Se trata de no perder la experiencia presente en su sustitución por lo que tendría que suceder o lo que sucedió y se vivió. (Vallejo, 2006: 3).

No se trata por lo tanto de cambiar los significados de las experiencias, sino de conocerlas tal y como suceden y aceptarlas.

En segundo lugar, señala *la apertura a la experiencia y los hechos*. El centrarse en el momento presente, permite a la persona valorar los aspectos emocionales y los estímulos evitando la fuerte influencia del pensamiento y del lenguaje. Centrarse en estos como realidad, puede suponer una “falsificación de la experiencia” (pérdida de la riqueza de los fenómenos perceptivos y emocionales de cada persona), una homogeneización de la experiencias, la creación de la experiencia en torno a estereotipos etc.

En tercer lugar, menciona *la aceptación radical* y no valorativa de las experiencias (aceptarlas como son). La propuesta de aceptación supone no rechazar las experiencias aunque negativas, lo que contradice algunos valores sociales actuales donde todo malestar es entendido como negativo.

Lo positivo y lo negativo, lo perfecto y lo imperfecto en sus diversos grados son aceptados como experiencias naturales, normales. (Vallejo, 2006: 3).

Tras estas propuestas, propone una característica que resulta aclaratoria, *la elección de las experiencias*. No se trata de no intervenir en el día a día y vivir de manera únicamente contemplativa, sino que la persona elige de forma activa y participativa sobre su vida. Pero una vez elegida, la experiencia debe experimentarse de forma activa y como es.

Por último introduce el término control, para recalcar que la persona ha de experimentar sus emociones, reacciones y sentimientos como se producen sin necesidad de controlarlos.

No se trata de reducir (controlar) el malestar, el miedo, la ira o la tristeza, sino de experimentarlos como tal; en todo caso el efecto que pudiera producirse sobre esas emociones será de naturaleza indirecta. Este aspecto contrasta notablemente con los procedimientos psicológicos al uso ya que buscan la reducción de la activación, el control de la ansiedad, la eliminación de los pensamientos negativos etc. (Vallejo, 2006: 4).

Este contraste nos lleva a conocer la relación entre estas propuestas y las propuestas psicoterapéuticas occidentales. En el estudio recogido por Ricardo Pulido (2011), las conclusiones recogidas afirman que la meditación y la psicoterapia se nutren entre sí ya que abordan temas distintos interrelacionados que se potencian

mutuamente. La meditación aborda el tema existencia y la psicoterapia los problemas vinculados a la vida y relaciones afectivas.

Una vez entendida la esencia del mindfulness, el procedimiento e intervención que se propone desde el mismo implica varias técnicas. Entre ellas destaca la meditación, varios tipos de relajación (la relajación progresiva entre otras) y ejercicios de respiración y de trabajo en torno a las sensaciones corporales (Body scan).

Las aplicaciones de mindfulness se han llevado a cabo en varios campos. Como primera propuesta destaca la intervención en trastornos psicossomáticos llevada a cabo Jon Kabat-Zinn creador del Mindfulness-based Stres Reduction (creador el mindfulness) intervención centrada en la reducción del estrés. También presenta estudios del mismo en torno al dolor crónico.

Otros autores centran la intervención en relación a los trastornos de ansiedad o la integración en otros procedimientos como el abordaje de los trastornos de personalidad y la depresión. (Vallejo, 2006: 7).

Existen resultados positivos tras llevar a cabo experiencias de mindfulness con pacientes con FM. Estos estudios, destacan la mejora del bienestar psicológico, la reducción de la sintomatología depresiva y el estrés, reducción del dolor y mejora del funcionamiento físico. (Enríquez, 2011: 4-5).

También es importante el trabajo llevada a cabo con personas con FM en la Universidad de Oviedo partiendo de la hipótesis de que la aceptación del dolor puede suponer una mejora en la calidad de vida y desarrollo cotidiano de las personas con FM.

La lucha por controlar esas sensaciones y por mantener el dolor a raya generan más dolor y malestar, mientras que la aceptación del dolor crónico se ha visto relacionada con un funcionamiento de calidad en las esferas emocional, social y física de las personas afectadas. (Enríquez, 2011: 5-6).

Desde esta nueva corriente en relación con la FM se destaca que los esfuerzos por controlar el dolor que supone la enfermedad eclipsan el resto de cosas importantes para la persona y por lo tanto el desarrollo del sentido de su vida. Propone la necesidad de preparación para vivir con el síntoma, una aceptación del dolor y acercamiento a la realidad como mejora de la calidad de vida.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

6. ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA: UN GRUPO DE MUJERES PUEBLOS UNIDOS

6.1 Contextualización de la intervención

La intervención ha sido llevada a cabo en el Centro Pueblos Unidos de la Fundación San Juan del Castillo. Este centro surge a finales de 1990 dada la realidad en constante cambio del barrio de La Ventilla (Madrid), marcada por el aumento de la población inmigrante. Dentro de este contexto, centra su labor desde los primeros estadios del proceso migratorio en tres áreas de actuación: área de acogida, de integración y de sensibilización. Ofrece numerosos servicios como atención personal, espacios de socialización comunitaria e intercultural, apoyo a la búsqueda de empleo y escolar a menores, asesoría jurídica e intervención psicológica y social. También destaca la integración familiar y el fomento de una convivencia intercultural.

En el centro trabaja un amplio equipo de personas cualificadas formado por personas voluntarias, contratadas, religiosas, laicas, de diversas culturas etc. lo que enriquece sus propuestas e intervenciones. Dentro del área de acogida, se sitúa el departamento psicosocial con el objetivo de:

Ofrecer espacios personales y grupales para la elaboración de situaciones psico-sociales por las que atraviesan las personas que se acercan a Pueblos Unidos (duelos migratorios, reagrupación familiar, retorno al país de origen, conflictos familiares y de pareja, crisis personales) (Pueblos Unidos).

Como parte de esta propuesta se enmarca el programa Ventillarte, en el que hemos llevado a cabo las prácticas del Máster de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social. Este programa se creó en el año 2004 coordinado por la psicóloga y arteterapeuta Laura Rico, definido a través del siguiente objetivo principal.

Que a través del arte (pintura, dibujo, música, literatura, cine, escultura....) se expresen emociones e inquietudes y que el arte sea un vehículo de comunicación que favorezca las relaciones entre las personas de diferentes procedencias.

Está formado por tres grupos, niños, adolescentes y mujeres, cada uno con su planteamiento. Dentro de estos grupos, realizamos las prácticas 6 alumnos. La experiencia que recojo a continuación se llevó a cabo en el grupo de mujeres.

El objetivo principal del grupo de mujeres, es promover un grupo intercultural que fomente una realidad reflexiva, crítica y autónoma ante su situación personal, social, y en relación a la difícil situación de migración que viven. Partiendo de este objetivo,

la intervención se centra desde una perspectiva psicosocial, a través de un nuevo espacio donde sea posible fomentar relaciones de igualdad, integración y participación de las mujeres en su realidad y el entorno de la sociedad de acogida, y ofrecer un espacio de intercambio, de diálogo, de autoconocimiento y mejora de la salud a través de la creación artística.

La intervención se ha llevado a cabo de octubre a mayo, todos los jueves de 17:30 a 19 horas, un total de 26 sesiones. El espacio de realización, era una sala adaptada para la creación plástica formada por amplias mesas que ofrecían la posibilidad de compartir el taller entre todas, luz natural y fácil acceso a agua. Dentro del mismo espacio, existe un lugar habilitado para la proyección de audiovisuales en caso de ser necesario y varios espacios expositivos en las paredes que han permitido personalizar y acomodar a lo largo de las sesiones. Está provisto en general materiales básicos para la creación plástica, pero en general también se ha trabajado con materiales reutilizados o encontrados, lo que ha definido el desarrollo del taller partiendo de recursos cercanos, cotidianos y alcanzables.

La realización del taller, ha sido posible gracias a un programa de guardería complementario que permitía a las mujeres asistir a las sesiones sin la presencia de los hijos.

Se llevaba a cabo por cuatro personas. Laura Rico, psicóloga clínica arteterapeuta, directora del programa Ventillarte, Lucía Echevarría, antropóloga especializada en género y cultura árabe, y dos alumnas en prácticas Laura Carmona Ayuso y Julia Sánchez Morla (licenciadas en Bellas Artes).

El grupo partía de la experiencia del año anterior por lo que algunas mujeres lo conocían previamente. Durante el año 2011-2012 ha estado formado por aproximadamente 20 mujeres en la mayoría residentes en el barrio de la Ventilla.

En relación a las *características del grupo*, ha estado formado por mujeres en su mayoría marroquíes con la excepción de una mujer de Argelia y dos mujeres españolas. El rango de edad ha sido amplio, variando entre los 21-50 años y también la sido variada la realidad migratoria, ya que algunas mujeres acababan de llegar a España y otras llevaban numerosos años. La realidad heterogénea ha estado marcada también en relación al idioma, no todas dominaban el castellano,

pero, hay que destacar que en general, compartían el idioma de su país de origen. Con respecto al nivel educativo, las más jóvenes presentaban una escolarización completa, pero por el contrario, las de mayor edad, habían finalizado los estudios en su país de origen a una edad temprana y presentaban un nivel elemental.

El grupo se puede definir también en torno a algunas características comunes. La mayoría de las mujeres eran madres y vivían en España en situación familiar. Aunque algunas habían trabajado (esta situación se ha complicado con la actual realidad de crisis), actualmente se dedican al cuidado del hogar, desarrollan las labores domésticas, cuidado de los hijos, relación con el colegio, fortalecimiento y guardianas de tradiciones etc. La situación económica general era de carácter bajo lo que agravaba una posible situación de exclusión social y sus relaciones se reducían generalmente a personas de su misma cultura, en la mayoría mujeres. Casi todas tenían un vínculo con Pueblos Unidos más allá del grupo de mujeres, asistían al programa de alfabetización y sus hijos acudían al apoyo escolar.

En relación al *planteamiento de las sesiones*, el grupo de mujeres “Ventillarte” está planteado como un proyecto de continuidad adaptándose siempre a posibles cambios, necesidades o demandas específicas de este colectivo y teniendo en cuenta la continuidad del mismo en los próximos años.

Se llevaron a cabo sesiones de carácter individual (en su mayoría) y otras de creación grupal. En un primer momento, se comenzaron las sesiones con propuestas de trabajo dadas las características del colectivo (inseguridad ante la creación plástica y realidad cultural), y la presencia del espacio público dentro del propio espacio del taller (realidad de Pueblos Unidos vinculado con el barrio de la Ventilla). Casi todas eran vecinas, amigas, compañeras etc., y de origen árabe, donde en la mayoría de los casos el tratamiento psicosocial no está bien visto. Esta doble situación, ha dificultado la adquisición de seguridad y confidencialidad en el espacio del taller en algunos casos, lo que se ha notado en el desarrollo del proceso personal de las mujeres.

Es importante mencionar que la asistencia al taller ha sido irregular debido a situaciones personales, el rol familiar, sus responsabilidades etc. Esto ha supuesto

la presencia de periodos de ruptura del ritmo del taller, reincorporación al mismo algunas sesiones más tarde etc.

Este periodo inicial, también facilitó nuestro primer contacto con el grupo, su contacto como grupo, así como el acercamiento a la creación y los materiales. En la mayoría de los casos la creación plástica generaba inseguridad y estos primeros planteamientos, nos permitieron favorecer un acercamiento a la creación sin demasiada ansiedad y miedo. Muchas de las mujeres no habían tenido un contacto previo con los materiales y menos desde una perspectiva de carácter occidental. Esta situación, nos invitó a replantearnos nuestro rol de arteterapeutas en relación a nuestra cultura y relación con los materiales, y también, la realidad de sus creaciones plásticas (en numerosas ocasiones, destacan motivos culturales compartidos como flores, formas geométricas, artesanía etc.). Este primer periodo, también nos permitió ir conociendo sus intereses, necesidades, gustos etc. de primera mano, lo que posteriormente marcó el ritmo y la creación artística.

En una segunda fase en la que las mujeres conocían el grupo, el ritmo y el planteamiento de las sesiones, fue posible llevar a cabo sesiones de mayor amplitud favoreciendo su narrativa personal y discurso en primera persona en la medida de lo posible, siempre enmarcado en una dinámica grupal que sostenía la presencia del espacio público dentro del espacio seguro que ofrecía el taller. También, podemos ubicar una última fase donde las mujeres conocían a la perfección el funcionamiento del taller y eran ellas quienes marcaban su ritmo de intercambio dentro del mismo. Del mismo modo, marcaban en mayor medida el ritmo de su creación personal.

En relación al cierre de las sesiones, en un primer momento fue muy difícil llevar a cabo un cierre compartido debido a la barrera del idioma, la presencia del espacio público, la difícil adquisición de la seguridad necesaria etc. Sin embargo a partir de la segunda fase, fue posible dedicar un tiempo al final de cada sesión, donde compartir las obras y la experiencia de creación. Fue en las últimas sesiones cuando se generó un espacio de intercambio en relación a la propia creación y a las obras generadas en el grupo.

6.2 Diseño metodológico

6.2.1 Planteamiento de la investigación

Plantear el tema del Trabajo de Fin de Máster (de ahora en adelante TFM), ha sido un proceso largo y difícil a nivel personal. Mis inquietudes en relación al arteterapia, me planteaban un mundo de posibilidades en cierto modo infinito en el que no conseguía decidir un tema concreto. De la experiencia de prácticas, me surgían numerosas preguntas, dudas y planteamientos que cambiaban constantemente, algunas se iban respondiendo, pero la mayoría se hacían más amplias y me introducían en un entramado de posibilidades cada vez más complejo y personal. Tras muchos cambios de planteamiento, creación de amplias redes de conceptos, relaciones y preguntas, asistencia a tutorías, intercambio con el grupo de profesionales del centro de prácticas etc., me di cuenta de que el tema estaba dentro de mis planteamientos e intereses, pero tenía que ser viable dentro de la propuesta del TFM.

Encontrar un tema a investigar implica reflexión y diálogo, no es algo mecánico, ni cosa de un día. Un investigador, puede identificar el tema reflexionando sobre qué es lo que le preocupa, en qué piensa de manera recurrente o de que habla con sus compañeros. También puede considerar cuidadosamente experiencias de la práctica o puede surgirle de las conversaciones con otros, leyendo relatos de experiencias de enfermedad o biografías. (de la Cuesta-Benjumea, 2008: 7).

Finalmente centré el tema en relación a la experiencia llevada a cabo en Pueblos Unidos, concretamente en la experiencia de dos mujeres migrantes diagnosticadas con FM. Tras sumergirme previamente en el mundo de la migración, me llamó la atención el porcentaje alto de casos de FM (dos mujeres en un grupo de 20). Al mismo tiempo, durante el año, tuve relación directa con dos casos de FM externos a las prácticas, lo que me empujó de lleno en las implicaciones de la enfermedad, la pérdida de la salud y calidad de vida, y la importancia de la misma (razonamiento intuitivo). Tras definir este planteamiento, comencé un periodo de búsqueda e investigación personal en relación al tema propuesto, tratando de verificar su pertinencia e interés dentro del campo (razonamiento práctico y teórico).

Carmen de la Cuesta-Benjumea, en su artículo sobre investigación cualitativa, menciona que la elección de la práctica debe ser previa al planteamiento de la investigación, sin embargo, en este caso, dada la realidad de cambios, inquietudes e indecisión ha sido al contrario. Este cambio de orden, dio lugar a una sensación de inseguridad ya que no iba a poder realizar una investigación práctica, pero,

finalmente me di cuenta de que sería interesante y enriquecedor, recoger un marco teórico que me permitiese completar, descubrir posibles relaciones, y reflexionar sobre mi experiencia con estas dos mujeres y recoger la misma.

En la práctica, dar con la pregunta de investigación implica un proceso, con frecuencia desordenado, con fases que interaccionan entre sí, se superponen o cambian en su orden. El proceso consiste en determinar: 1) el área de investigación, 2) el tema a investigar 3) la pregunta de investigación y 4) el lugar del estudio (4) etc. Cada una de estas partes influye en las otras, de tal manera que se van ajustando para lograr un estudio coherente, relevante y viable. Por tanto, el proceso no es lineal, sino interactivo. (de la Cuesta_Benjumera, 2008: 5)

Desde esta definición de proceso interactivo, mi planteamiento de la investigación no ha seguido el orden de pasos establecido, sino que ha sido un continuo intercambio de experiencias personales, experiencias de prácticas, opiniones, preguntas, inquietudes etc.

6.2.2. Preguntas de investigación

- ¿Qué beneficios puede ofrecer un espacio arteterapéutico o de creación artística, en una realidad de migración y fibromialgia?
- ¿Qué mejoras han existido en la salud de las dos mujeres a partir de la participación en el grupo de mujeres Ventillarte?

6.2.3 Metodología

Las palabras que se elijan para hacer la pregunta de investigación son importantes pues denotan una manera de pensar, de ver el mundo y revelan la intención que se tiene al realizar un estudio. Por ejemplo, si se pregunta por variables, factores que afectan algo, determinantes de procesos o situaciones se está llamando a los métodos cuantitativos y si lo que se pregunta tiene que ver con descubrir, comprender, explorar un proceso o describir experiencias, se está invitando a los métodos cualitativos (de la Cuesta-Benjumea, 2008: 5).

En la primera clase sobre metodología cualitativa impartida en el máster, Reyes Hernández mencionó que “la investigación cualitativa no da respuestas, generalmente plantea preguntas, y eso es lo bonito del camino en el que nos introduce”. También surgió el debate sobre las diferentes metodologías, siendo una de las conclusiones, que es muy común que se dé una mezcla de varias metodologías. A raíz del planteamiento del TFM y de estas clases impartidas, la metodología más adecuada para llevarlo a cabo, es de corte cualitativo, sin embargo, al sumergirnos en la misma, nos damos cuenta de su enorme complejidad como se introdujo en el máster.

Como afirma Sandin Esteban (2003), en ocasiones puede llegar a ser una mezcla desconcertante donde todas sus posibilidades se entrecruzan. A continuación, recogemos el planteamiento de varias metodologías (principalmente de dos) dentro del corte cualitativo que se relacionan dentro de esta investigación, y en conjunto, definen la metodología.

El primer planteamiento es la investigación-acción participativa (de ahora en adelante IAP). Aunque presenta numerosas orientaciones, concretamos algunas líneas básicas relacionadas con la metodología llevada a cabo en el TFM.

La primera línea destacada es su carácter de investigación construida a partir de la realidad situacional, social, personal etc. de los individuos. Las personas que participan son las principales protagonistas. En nuestra experiencia, cobran especial importancia las experiencias de las personas, y son estas las que constituyen la dinámica y planteamiento de grupo.

Todas las personas son “seres en situación” que sólo pueden comprenderse y actuar sobre la base de cuál será su percepción “in situ” de las circunstancias en que viven (de Prada et al, 2003: 4).

La intervención llevada a cabo, se ha basado en la experiencia previa del Grupo de Mujeres Ventillarte el año anterior y la realidad del barrio de la Ventilla. Así, la investigación parte de las demandas y expectativas de los participantes, donde la relación entre los mismos y los profesionales se enfoca desde una relación sujeto-sujeto.

Los profesionales han de procurar adaptarse al ritmo y al lenguaje de los destinatarios, dejando a un lado su jerga profesional y adoptando una actitud de escucha y diálogo permanente (de Prada et al, 2003: 4).

Es importante destacar el carácter de la IAP como vía de movilización y emancipación, tratando de evitar una posible relación de dependencia de los participantes.

Otro de los puntos que adquiere gran importancia, es la unión de la teoría y la praxis, donde la investigación se lleva a cabo desde esta relación.

Unir la reflexión y la acción, evitando tanto el verbalismo (teorizar sin llevar a la práctica) como el activismo (actuar sin reflexionar sobre lo que se está haciendo). Esta actitud debe estar presente en todas las fases de la IAP, pero de una forma más intensa en los momentos de programación y evaluación que, a la larga, tienden a constituir “un proceso en espiral de planificación, acción, observación y reflexión” (de Prada et al, 2003: 5).

Todo el proceso está marcado por esta interrelación, donde la dinámica, evaluación, observación etc. han sido procesos en constante cambio y reflexión. Todos los instrumentos de recogida de información utilizados, han estado sujetos a la experiencia y han sufrido numerosos cambios y adaptaciones en función de los participantes, las necesidades detectadas y el ritmo de la intervención.

Por último, dentro de la IAP, destacamos la importancia de la interdisciplinariedad del conocimiento, la investigación se enriquece desde los aportes de varios enfoques. En este sentido, es importante la diversidad que ha formado el grupo de profesionales, ofreciendo la posibilidad de enriquecer la experiencia desde el campo de la antropología, el arte, la psicología y el arteterapia.

El segundo planteamiento que destacamos, es el estudio de caso ya que se recoge la experiencia concreta de la intervención con dos mujeres del grupo en relación a la importancia su historia personal y a una mejor comprensión de la temática propuesta, migración y FM. Sin embargo el estudio de caso se define como un examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad (Sandin, 2003). El planteamiento no lineal de la investigación expuesto anteriormente, ha complicado el poder llevar a cabo un estudio más detallado y en profundidad.

En relación a otras metodologías recogemos únicamente algunos aspectos clave. Dentro de la investigación narrativo-biográfica, es interesante la importancia de la narrativa personal, la experiencia personal como adquisición de un conocimiento estructurado.

La razón principal para el uso de la narrativa en la investigación educativa es que los saberes humanos somos organismos contadores de historias, organismos que, individual y socialmente vivimos vidas relatadas. El estudio de la narrativa, por lo tanto, es el estudio de la forma en que los seres humanos experimentamos el mundo (Sandin, 2003).

Desde la fenomenología, destaco la importancia de los aspectos individuales y subjetivos de la experiencia de la persona. En esta metodología es imprescindible la subjetividad, realidad que cobra gran importancia en los talleres.

6.2.4 Objetivos de investigación

- Realizar un acercamiento a la experiencia de dos mujeres con fibromialgia participantes en el grupo de mujeres Ventillarte.
- Conocer posibles demandas y necesidades de cara a futuras intervenciones.
- Reflexionar sobre las posibilidades de un espacio arteterapéutico o creación a través del arte en casos de fibromialgia y migración.

6.2.5. Instrumentos de recogida de datos y análisis

En este apartado sitúo los instrumentos de recogida de datos, análisis y evaluación que han sido utilizados.

Memoria de sesión. Planteamos el desarrollo de cada sesión como un proceso emergente, lo que implica que se dan situaciones impredecibles, no planificadas. Este instrumento, nos ha permitido recoger lo sucedido desde un carácter descriptivo y detallado partiendo de nuestra observación personal (nivel de participación, ritmo de la sesión, intercambio etc.).

Hoja de registro individual. Formada por un código específico de recogida de datos de forma cuantitativa en relación a varios ámbitos a valorar (proceso de creación, interacción con el grupo, obra etc.) creamos la hoja durante las primeras sesiones y posteriormente se fue modificándose y adaptándose al grupo. Su objetivo es la recogida de observaciones de forma detallada, puntual y concreta. Se completaban al finalizar cada sesión, tras un intercambio de la observación entre las arteterapeutas en prácticas. Una vez finalizadas todas las sesiones, se han extraído gráficas representativas en función de algunos ítems que apoyan la evaluación del proceso sin ser determinantes en la misma.

Registro fotográfico y análisis individual de la obra. Se tomaban fotografías de las obras realizadas, de tal forma que conservamos un registro fotográfico del proceso

de creación. Este registro también nos ha permitido tener las imágenes de las obras pues algunas no podíamos conservarlas debido a las dimensiones o el espacio disponible. Junto con el registro gráfico, llevábamos a cabo un registro cualitativo individual donde se recogía el título de la obra y observaciones destacadas a nivel individual en caso necesario. La toma de fotografías ha sido un tema delicado en el taller, sobre todo en relación a la cultura. Las obras se han ido conservando de cara a realizar una exposición final con las obras autorizadas para ello.

Diario de campo. Un espacio personal y privado donde anotábamos semanalmente nuestras observaciones y reflexiones de la intervención, experiencia, rol, dudas, etc. Un diario de carácter subjetivo donde recoger el proceso y práctica desde nuestra propia experiencia. Este diario, ha resultado muy útil a la hora de poner nuestras impresiones en común, así como las dudas, preocupaciones, intereses etc. y elaborar y triangular desde este intercambio.

Observación e intercambio. Planteamos la observación como una observación de carácter no sistemático y en ocasiones participante, donde las arteterapeutas entran en contacto con la realidad de cada taller y desde esta posición personal, realizan la observación. Ha sido uno de los focos de mayor inseguridad. Con el objetivo de aprender y favorecer la intervención y adecuación del taller a las mujeres, hemos enriquecido la observación con la puesta en común de la misma en periódicas reuniones con la tutora de prácticas y arteterapeuta, reuniones entre las alumnas en prácticas y reuniones de equipo.

Entrevistas abiertas semiestructuradas. Se ha llevado a cabo una entrevista personal a uno de los casos para poder conocer su experiencia en el taller de forma cercana (grabación de audio). En el segundo caso, no ha sido posible llevarla a cabo. La entrevista ha sido transcrita posteriormente ofreciendo la posibilidad de completar la experiencia recogida a través de la triangulación desde su propia experiencia. Del mismo modo, es importante destacar que el amplio número de sesiones, nos ha permitido un acercamiento e intercambio con las mujeres y la posibilidad de conocer sus opiniones y evaluaciones del taller de cerca, favoreciendo de nuevo la triangulación con la teoría y observaciones.

Con frecuencia en los estudios cualitativos, el investigador precisa cierto distanciamiento de sí mismo con la experiencia del paciente y se ha señalado la confusión de roles que puede suponer ser al mismo tiempo cuidador e investigador de un mismo grupo de pacientes. Se ha sugerido a los profesionales de la salud que cuestionen sus presuposiciones y actúen como extranjeros en el lugar del estudio. Estas cuestiones, que carecen de importancia en los estudios cuantitativos, aquí son relevantes, ya que en esta metodología el investigador se relaciona estrechamente con el fenómeno que estudia y los datos los obtienen a través de la relación que establece con los participantes. (de la Cuesta-Benjumea, 2003: 9)

A pesar de los instrumentos de recogida de datos y evaluación expuestos, recojo esta cita como reflexión a tener en cuenta en torno al rol de arteterapeuta y de investigador dentro del TFM.

6.3 Grupo de Mujeres Ventillarte: experiencia con dos mujeres

Partiendo de la situación de heterogeneidad que define al grupo y los objetivos generales propuestos, la intervención se realizó desde la realidad única de cada mujer, lo que define su proceso creativo y experiencia. Nos centramos en las dos mujeres del grupo con una realidad de migración y FM. Planteamos la intervención con especial atención en los siguientes aspectos:

- Rebajar los niveles de ansiedad y dolor.
- Ofrecer un nuevo espacio como posibilidad de distracción y relajación.
- Respetar y seguir sus ritmos personales de creación, desarrollo, intereses etc. (personalización y adecuación del espacio).

Es importante mencionar que cobran importancia las pérdidas y duelos ya que ambos casos son casos de migración no favorable junto con el duelo que supone la enfermedad. Sin embargo, para el desarrollo de la intervención y de las experiencias se han tenido muy en cuenta sus fortalezas.

A continuación recogemos de forma general las dos experiencias de intervención. En primer lugar presentamos ambas experiencias (*introducción, intervención y resultados*). En el apartado de intervención, se recogen junto a las obras, pequeños estratos personales del diario de campo que completan el desarrollo y tienen un carácter aclaratorio. En el apartado de resultados, introducimos algunos aspectos destacables encontrados y algunas gráficas extraídas de la hoja de registro individual que tienen un carácter ilustrativo y aclaratorio sin determinar los resultados.

Posteriormente, presentamos un apartado de *discusión-conclusión* común a ambos procesos dentro del grupo, que sirve como conclusiones parciales de la experiencia en relación a la realidad de migración y FM y el desarrollo del taller.

6.3.1 Primera experiencia

Introducción

La primera mujer, es de origen marroquí, de Tánger, pero con nacionalidad española. Su edad está comprendida entre los 35 y los 40 años. Llegó a España joven por lo que su nivel de castellano le permite una comunicación fluida en casi todos los ámbitos. Es musulmana y dentro del grupo, es la única que no lleva velo.

Se casó con un marroquí (su marido previamente estaba casado con una mujer española), pero actualmente está divorciada y vive con su hijo (pre-adolescente) en el barrio de la Ventilla. Tiene antecedentes de violencia de género y actualmente su ex -marido vive en Marruecos, está casado de nuevo. No tiene relación con ellos de ningún tipo. A nivel familiar, tiene una hermana en España con la que tiene una relación muy cercana.

Ha trabajado durante años limpiando una escuela sin embargo con la crisis, cerró despidiendo a todos sus trabajadores. Este año se le ha agota el paro y aunque tiene la minusvalía reconocida (FM), no tiene pensión. Su hijo y ella dependen del apoyo económico de ONGs y asociaciones de ayuda para seguir manteniéndose.

Este año le diagnosticaron FM unos meses después de empezar el taller. Tiene una invalidez parcial por la enfermedad, esto complica la posibilidad de trabajar. Otros síntomas destacados son ansiedad constante, irritación, nerviosismo y expresa “dificultades para concentrarse” e incapacidad de atención.

Tiene una relación activa con Pueblos Unidos y ya asistía al grupo de mujeres el año pasado.

Intervención

Conocía la dinámica de las sesiones dada su participación el año anterior, y también conocía a la mayoría de las mujeres. En las primeras sesiones, se presenta con una actitud extrovertida, valiente, y segura de sí misma. Muestra un carácter

independiente y de tono reivindicativo en relación a su actitud en el grupo y realización de la obra.

Sesión 1, "Sin título". El grupo comenzó con una presentación a través del bordado del nombre. Se incorporó más tarde a la sesión y no quiso utilizar el bordado en su obra dada la estrecha relación de técnica con el "rol de mujer". (No se adjunta la foto ya que su nombre es el elemento principal de la composición).

En relación a su asistencia, es posible diferenciar la intervención en dos fases, aunque en ambas, destaca un especial interés por asistir al taller. La mayoría de las sesiones llega veinte minutos antes, y poco a poco, se queda en el espacio una vez finalizadas las sesiones y el resto de mujeres se han marchado.

En la *primera fase*, de la sesión 1 a la 15, su asistencia es regular y constante. Participa activamente en las conversaciones, en especial con las arteterapeutas y antropóloga, sin embargo, en general, le cuesta participar activamente de la creación. No aparenta mostrar especial interés por la realización de la obra, lo que contrasta con el interés destacado en su asistencia. La creación artística, da la sensación de ser una parte más de la sesión sin mayor importancia.



Sesión 2, "Chauen". Tras el visionado de las obras de artista marroquí Chaibia Talal, la propuesta era libre. Representa en esta obra la ciudad de Chauen. En la obra cobra importancia el color azul, presente también en toda la ciudad, y las flores (no específica qué son). Sin embargo, durante gran parte de la sesión, centra su discurso en su descontento con respecto a otro programa de Pueblos Unidos⁴.

Coincidiendo con el comienzo de las sesiones, le realizan numerosas pruebas dada la realidad de cansancio, dolor, incapacidad física etc. Muestra preocupación porque no saben qué tiene, peregrinación de diagnósticos, afirma no encontrarse bien, sin fuerzas y sin ganas.

⁴ A lo largo de las dos experiencias recogidas, las fotos de las obras se presentan en línea con los comentarios del diario de campo ya que ambos presentan relación. Para poder observar las fotos de las obras en mayor tamaño y detalle, consultar anexos.



Sesión 4, "Sin título". Al llegar al taller, se sienta y afirma sentirse como una "viejecita". Hace la obra con desgana, no quiere recortarla ni hacer la foto.

En la quinta sesión, llega a última hora, confirma que le han diagnosticado FM, centrada en esta situación, la obra no cobra importancia. Finalizada la sesión, se queda sentada en la silla, busca un espacio donde poder hablar con un carácter de mayor privacidad, un espacio personal y seguro que no encuentra en el grupo.

Es importante destacar su relación con el grupo, su tono reivindicativo a la hora de exponer sus opiniones, seguridad, decisión etc. choca con algunas mujeres y los valores culturales predominantes en el grupo. En algunas ocasiones esta situación ha supuesto una barrera en el intercambio y relación con el resto de las mujeres dentro del taller.



Sesión 6, "Filic" (Feliz). La sesión giraba en torno al Día del Cordero, una de sus festividades más importantes y la forma que tienen de celebrarla en España (lugar de sus tradiciones en el país de acogida). Se muestra especialmente animada, sonrío y participa activamente en el coloquio y en la realización de la obra. Llama la atención su trazo nervioso y rápido. Toma la imagen prestada de una vista al inicio del taller. Algunas sesiones más tarde, ve su obra de nuevo y no la reconoce como suya.

Con la reciente realidad de FM su ritmo de vida cambia, y este cambio se nota en el taller. Destaca el constante cansancio, malestar, dolores y preocupación. En algunas ocasiones aparenta estar ausente. Sin embargo, poco a poco, la creación de la obra va cobrando mayor importancia para ella (encuentra un espacio personal y se sumerge en la creación). En un primer momento le cuesta concentrarse en el proceso de creación, sin embargo, durante el tiempo dedicado a la realización de la

obra (suele ser breve), se introduce en la misma y se aísla de la dinámica del grupo mostrando una actitud de mayor tranquilidad y concentración.



Sesión 9, "Callar no hay que hablar". Realiza y finaliza la obra sin dedicarle mucho tiempo (de nuevo trazo nervioso y rápido). Repetidas veces, dice que no está bien hecha, que ella no sabe, sin embargo le presta mucha atención y está pendiente de la obra toda la sesión. Termina la primera, y mientras las demás dibujan, ella participa de las conversaciones. A lo largo de la sesión, va añadiendo nuevos elementos (detalles a los ojos, las orejas etc.). Al final de la sesión, dice la frase en voz alta, "callar, no hay que hablar", se ríe, afirma que por eso no tiene boca. Finalmente la escribe como título.

Esta obra destaca como punto clave en esta primera fase. Su actitud muestra cierta reivindicación y deseo de comunicar. Insiste en el título y las ganas de dejarlo escrito como parte de la obra. Su proceso a lo largo de las sesiones, destaca por la asociación de palabras, opiniones y reflexiones breves a la obras. Esto empuja al resto de mujeres a hacerlo, y en algunas sesiones, da pie a introducir un cierre de sesión compartido.



Sesión 14, "Pasear". Se reincorpora de nuevo al taller, no ha podido asistir por el programa de rehabilitación. Se proyecta la canción de "América" de West Side Story dado el carácter de la escena en tono alegre y musical, y en relación a la mezcla cultural y el papel de la mujer en la migración. Previamente a la creación, surge un diálogo e intercambio en torno al tema del matrimonio mixto. Participa en las conversaciones pero no activamente como en anteriores talleres. La creación es libre y realiza la obra con desgana. De nuevo toma la iniciativa de ponerle título. Algunas mujeres le comentan que parece que su obra representa fuegos artificiales, ella afirma que la representación es pasear y que era lo que quería representar.

Con el diagnóstico de FM, le recomiendan asistir a terapia de grupo, sin embargo, no quiere porque afirma que le produce mucha tristeza, se lleva los problemas de los demás y eso no le viene bien. Nos pregunta la posibilidad de justificar la terapia con el grupo de mujeres.



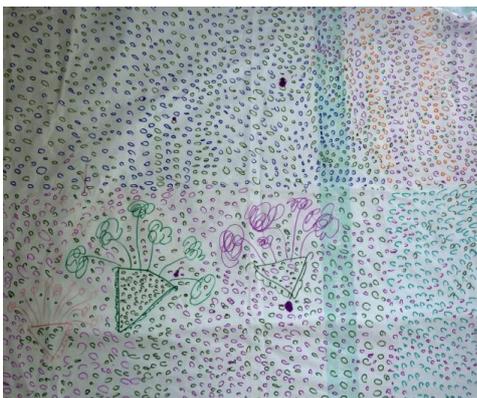
Sesión 15, “Escapar”. Durante la sesión hablamos sobre un buen recuerdo. Ella no dice nada, en un principio no participa en la creación, afirma no encontrarse bien. Al contar su buen recuerdo, comparte un momento donde se sintió “libre”. La libertad fue poder salir junto con su hijo, del ámbito familiar que estaba viviendo, “escapar de mi marido”. Cuando todas las mujeres abandonan el taller al finalizar el mismo, ella se queda, se quita las zapatillas “sus pies le permitieron escapar”, insiste en quitarles los cordones como símbolo de libertad, y les hace una fotografía.

La segunda fase, se caracteriza por un descenso de la asistencia debido a el constante dolor, el frío, el cansancio y que el horario del taller y el programa de rehabilitación coinciden. En gran parte de las sesiones que asiste, llega puntual pero no participa de la creación. Aunque le ofrecemos los materiales, afirma que no se encuentra con fuerzas, y se sitúa cerca del radiador por el calor.



Sesión 21, “KSBA”. La sesión gira en relación al país de origen. “Hay muchas cosas que no quiero recordar” afirma. Al final de la sesión, habla del mar y de “Juan y Paquita”, dos judíos con los que tenían muy buena relación. De nuevo presenta un trazo nervioso y numerosos puntos formados por ese trazo. Llamen la atención los puntos negros de la zona inferior sin embargo no comenta nada al respecto. Presenta un ritmo personal en la realización de la obra y utilización del material, que se puede ver en el trazo.

En algunas sesiones y obras, muestra una actitud de enfado y pesimismo en relación a su origen, cultura del país de origen, y su pasado. A parte de esta obra, destaca la sesión 24, aunque sin participar de la creación artística, ella comenta en relación a su experiencia, que en España nunca ha recibido un mal trato por parte del resto de las personas, da la sensación de sentirse más cercana a la cultura española que a la marroquí.



Sesión 23, “Sin título”. El soporte para la obra en esta sesión es tela. En un principio dice que no quiere hacer ninguna obra, sin embargo, rápidamente comienza a hacer círculos de colores con un movimiento natural y despreocupado y con un ritmo repetido (similares a los presentes en la obra de la sesión 21). Muestra un orden personal y va rellenando toda la tela con una actitud tranquila y concentrada en la creación. Dedicando prácticamente toda la sesión y posteriormente se muestra satisfecha del resultado, al mostrarlo al grupo lo valora positivamente.

Es posible ver algunos motivos que se repiten en varias obras, los círculos o puntos, su trazo, las flores etc. En la sesión 23, se sumerge en la creación de la obra, y se concentra durante un periodo largo de tiempo evadiéndose completamente del grupo.

Sesión 26, "sin título". Es la última sesión, para cerrar el taller cada mujer creará su propia botella con mensaje personal.

Debido al olor del pintañas (material para personalizar la botella), se mareó, no se encuentra bien. Se aleja un poco del grupo para recuperarse y no quiere finalizar la obra. Tras un rato sin comunicarse con el grupo, decide terminarla y pide ayuda para escribir el mensaje. Muestra mucho interés en la presentación del mismo, buena escritura y elección y cambio de los colores para escribirlo.



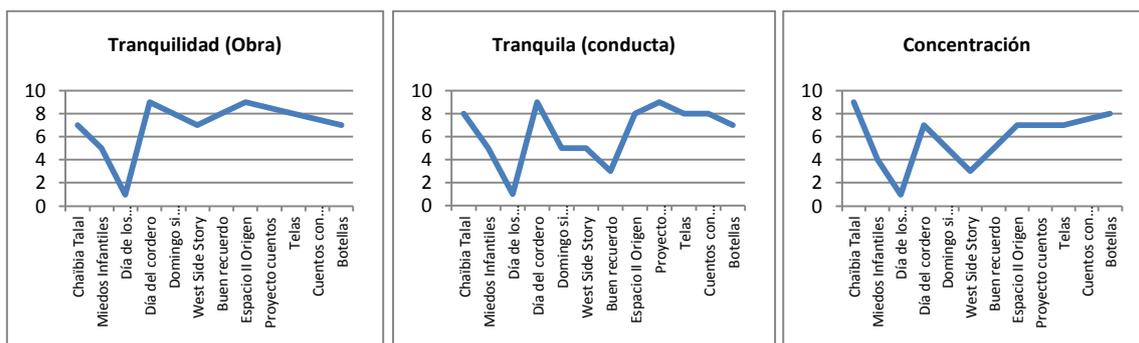
Resultados

El proceso durante el año, se ve marcado por la interrelación de numerosas situaciones y cambios importantes: el malestar, dolor y cansancio constante, el diagnóstico de FM, la preocupación por la compleja situación económica y su empeoramiento con la finalización de la pensión, soledad ante las dificultades del día a día etc.

Su vínculo con los demás participantes y con la obra durante el transcurso de las sesiones, ha presentado numerosos cambios debido al cansancio, malestar y nuevos tratamientos (nueva realidad de FM). En la mayoría de los casos presentaba ansiedad, irritabilidad y nerviosismo y una de las cosas que ella destaca, es la imposibilidad de concentrarse en algo al margen de la situación en la que se encontraba inmersa (sesión 4).

A pesar de esta realidad intermitente, es posible destacar situaciones de mayor tranquilidad durante el proceso de creación y momentos de concentración en la propia realización de la obra (sesión 9 y 23).

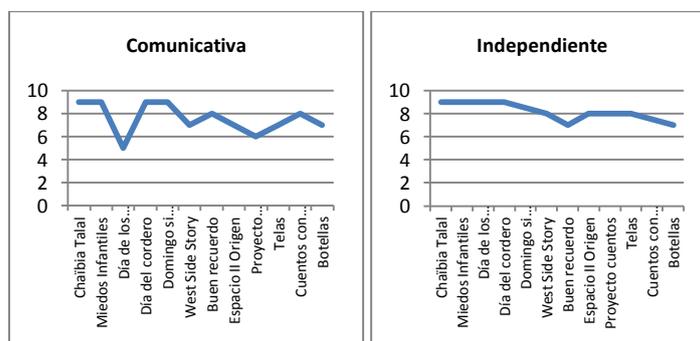
3. GRÁFICAS HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL



Es posible observar una mejora. Una de las principales demandas, ha sido la necesidad de un espacio de tranquilidad y relajación. Esta sensación de tranquilidad respecto a la creación de la obra ha ido en aumento durante el transcurso del taller a diferencia de los importantes picos que muestra el gráfico de “Tranquilidad (conducta)” que nos habla de la sensación de tranquilidad durante el desarrollo de las sesiones. Los valores más bajos de la gráfica coinciden con el diagnóstico de la FM y con aquellas sesiones donde su malestar era ampliamente perceptible.

En un primer momento la creación no cobra importancia, se relega a un segundo plano (sesión 1, 6). Esta situación cambia poco a poco y las obras adquieren un carácter comunicativo, muestran valentía, un carácter luchador y de tono reivindicativo. No duda en mostrar en numerosas sesiones una actitud de enfado, opiniones y denuncia ante motivos que considera injustos, sobre todo, relacionados con su vida personal y su origen (sesión 9 y 15). Presenta un carácter de rebeldía y enfado con la realidad que vive.

4. GRÁFICAS HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL



Llama la atención un carácter comunicativo en sus obras prácticamente constante (sesión 9, 14 y 15). Del mismo modo, presenta una actitud independiente a lo largo de todo el proceso, tanto en la creación como en la relación con los otros dentro de las sesiones.

Muchos de los mensajes, no coinciden con los del resto de mujeres, sin embargo esto no cohibe su asistencia al taller. Generalmente muestra independencia a la hora de plantear y realizar la obra. Rápidamente decide lo que quiere comunicar y no muestra preocupación por los comentarios de otras mujeres o por el resto de obras. En alguna sesión, verbaliza la sensación de no tener la habilidad necesaria en la utilización de la técnica (sesión 9).

También muestra un interés constante por asistir a las sesiones (aunque sea a los últimos minutos), en numerosas ocasiones le cuesta participar en la creación de la obra o no participa, pero siempre busca un espacio personal para hablar, un espacio individual al margen del grupo.

Esta búsqueda de espacio de confianza, de seguridad e intercambio, únicamente se da con las arteterapeutas (normalmente al finalizar la sesión) sin que el vínculo con el grupo y el resto de mujeres sea el nexo más importante. Encuentra su seguridad y lugar dentro del grupo desde el primer vínculo, y no desde el vínculo con el grupo.

6.3.2 Segunda experiencia

Introducción

La segunda mujer, es de origen marroquí, de Nador, en la costa. Es musulmana y actualmente tiene 42 años. Llegó a España a los 19 años. Ha trabajado durante muchos años cuidando a dos señores mayores españoles hasta que fallecieron. La experiencia con ellos fue excelente lo que favoreció una buena relación inicial con la cultura de acogida. Esta situación laboral, le dio independencia económica durante un largo tiempo, y la posibilidad de acceder a una casa familiar. Aparentemente, presenta una integración de las dos culturas, y su nivel de castellano le permite una comunicación fluida en casi todos los ámbitos.

De sus hermanos (diez hermanos), es la primera en llegar a España. Actualmente tres viven en España, y tiene una relación cercana con una de sus ellas. Al tiempo de llegar, se casó con un marroquí. Actualmente viven en el barrio de la Ventilla con sus dos hijos, un niño de 12 años y una niña de 5 años.

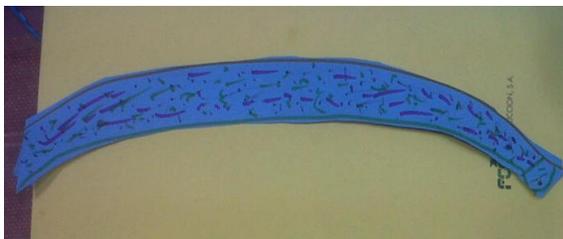
La diagnosticaron FM hace siete años, ya que se encontraba cansada y con muchos dolores. Tiene una invalidez reconocida por la enfermedad, por lo que no puede trabajar. Actualmente, su marido está en paro debido a la crisis económica y pasa gran parte del tiempo fuera de casa. Los únicos ingresos familiares que tienen son su pensión y algunos de carácter esporádico debido a platos que cocina por encargo. Ella mantiene la estabilidad familiar, cuida a los hijos, el colegio, gestión económica etc. Actualmente está muy preocupada por su situación económica y se siente impotente al no poder trabajar como hacía antes.

Uno de los síntomas más destacados es la ansiedad constante que le inhabilita para algunas actividades y los dolores puntuales fuertes sobre todo en el hombro. Conoce los síntomas y naturaleza de la FM, sin embargo está constantemente preocupada por su salud física y con miedo a que le diagnostiquen algo más grave. También presenta un algo grado de nerviosismo y tristeza ante su situación.

Tiene una relación activa y muy cercana con Pueblos Unidos. Ya asistía al grupo de mujeres el año pasado.

Intervención

Conocía la dinámica de las sesiones dada su participación el año anterior, y también conocía a la mayoría de las mujeres. Este año se incorpora en la cuarta sesión. Destaca por ser amable, sonriente y atenta con todas las mujeres, con una cercanía cálida y acogedora. Durante todo el año, presenta un alto interés por participar en el taller aunque su asistencia se ve afectada por motivos personales.



Sesión 4, "Sin título". La sesión gira en torno a los miedos. Su discurso al llegar: "No lo he hecho nunca", "lo voy a hacer mal". Quiere dibujar una serpiente y le pide a la mujer de al lado que se la dibuje. Una vez terminada no quiere mostrar la obra, la esconde.

Es posible diferenciar tres fases en su proceso. La *primera fase*, está marcada por una sensación inseguridad. Las primeras sesiones, centra su interés en la correcta utilización de la técnica. La realización de la obra se convierte en una fuente de

frustración y angustia, su nerviosismo aumenta cuando llega el momento de comenzar la misma.



Sesión 6, "Filic Día del Cordero". Durante la sesión toma las riendas de traducir al castellano. Muestra inseguridad a la hora de realizar la obra, mucha ansiedad y afirma que le da vergüenza. Realiza la obra por fases. Primero utiliza la escritura y termina muy rápido. Posteriormente, se fija en la obra del resto y poco a poco va completando con más elementos.

En las primeras sesiones, tarda en comenzar la obra, espera a que el resto comiencen y se fija en las obras para posteriormente plantear la suya. Una vez ha finalizada, siempre realiza algún comentario negativo sobre su obra y justifica la misma con que ella "no sabe dibujar", "no sabe hacerlo". Generalmente valora el resultado negativamente.

Durante las sesiones 7 y 8, se lleva a cabo el visionado de la película "Domingo si Dios quiere". Tras estas sesiones, comienza a ganar mayor confianza en el espacio y busca momentos personales (sobre todo al finalizar el taller) donde poder hablar con las arteterapeutas al margen del resto de mujeres. Esta demanda de momentos personales es una constante a lo largo de todo el proceso de intervención.

Sesión 8. El visionado de la película tiene relación con el origen, el cambio de país, la situación de la mujer (separación familiar, pérdida de amistades, rol que adquiere la mujer, desvinculación cultural etc.) y las consecuencias que se derivan de esta nueva situación. Sobre todo fue elegida por su final de carácter esperanzador. Comenta que no quiere oír nombrar la palabra ansiedad, que lleva mucho tiempo con ansiedad pero que durante esta semana ha tenido menos. Afirma que "venir los jueves le hace mucho bien".

Muestra interés por aprender nuevos conocimientos y la utilización de las técnicas plásticas, realiza constantes preguntas y presenta especial interés en el resultado. Su actitud con respecto al mismo es perfeccionista y siempre pide opinión y valoración a las arteterapeutas. También presenta especial interés por agradar al resto.

De nuevo muestra mucha frustración con respecto a la obra ya que afirma que no consigue el resultado que quiere. En la entrevista personal, apunta que le gusta mucho pintar pero que no sabe hacerlo.



Sesión 9, "Sin título" Tras conocer la obra de Modigliani, la propuesta es la realización de un retrato. "Yo no, que tengo los ojos tristes por las gafas" "Yo no sé". No quiere retratarse a sí misma, elige retratar a su hija. Nos pregunta como mezclar y le explicamos las mezclas básicas. Tras conseguir el color de la cara, comienza a pintar y la pintura tapa las líneas de la cara. Esto le provoca mucha frustración y nerviosismo. Le explicamos algún truco para evitar esta situación a nivel técnico y a partir de ese momento, solicita ayuda constantemente. Al final de la sesión, hace los ojos, horquilla y boca sin buscar aprobación, ni ayuda externa. En el cierre, muestra la obra y afirma que le gusta.

En esta sesión, la mayoría de las mujeres llevan a cabo retratos de sus hijos dado el valor cultural de su imagen personal, sin embargo ella justifica la elección del retrato de su hija como "yo no que tengo los ojos tristes por las gafas". Desde que era joven presenta un problema de visión heredado de su padre. Al llegar a España puede permitirse llevar lentillas pero con los actuales problemas económicos tiene que llevar gafas de cristal ancho y no puede permitirse comprar unas nuevas. En posteriores sesiones, menciona de nuevo el descontento con su apariencia física actual y la preocupación por su situación económica, se siente responsable de ello por no poder trabajar (afirmación llevada a cabo en la entrevista personal).

Durante las vacaciones de navidad comienza con muchos dolores de estómago que le inhabilitan para llevar a cabo sus labores y su vida diaria. Acude al hospital numerosas veces pero no saben especificar qué tiene. Muestra mucha preocupación, afirma que el dolor es insoportable y rápidamente lo relaciona con enfermedades graves (sobre todo con cáncer). Al reincorporarse a los talleres tras las vacaciones, los dolores se calman.



Sesión 12, creación colectiva. La sesión gira en torno a un deseo personal. La palabra deseo genera mucha polémica, hasta que entienden la misma como un sueño. Dentro de cada pajarito recogieron un sueño de forma privada y posteriormente los colocaron en la parte superior de la sala.

A partir de esta sesión es posible situar *la segunda fase* de la intervención. Comienza un periodo definido por numerosos invitados y sesiones de planteamiento variado. Aunque altamente enriquecedoras como grupo y en relación a su entorno y situación, supone una ruptura en su proceso y en relación a sus circunstancias personales (sesión 13, 14, 16, y 18).



Sesión 13. Tras el visionado del vídeo de América de West Side Story, la obra no encaja en su proceso y supone una ruptura. Muestra mucha frustración con el material porque no le quedan los colores tan vivos como al resto de mujeres.

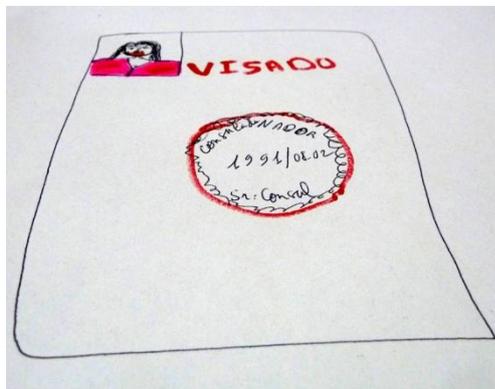
Dentro de este periodo, también destacan algunas sesiones donde presenta una mayor seguridad, personalización y satisfacción en la creación.

En el grupo del año anterior, se llevó a cabo la participación de las mujeres en un programa de intercambio entre el Museo Thyssen-Bornemisza y el Grupo de Mujeres Ventillarte. En este intercambio, las mujeres participan explicando al público un cuadro del Thyssen durante el Día de la Mujer. Este año participan en el mismo bajo el título de “Mujeres que Rompen Fronteras”.

Dado su nivel de castellano y su participación durante el año anterior, decide participar este año también. Tras prepararlo junto con las arteterapeutas, lleva a cabo una exposición previa en el grupo durante la sesión 13. Al contrario que el resto de los talleres, a esta sesión llega tarde. Tiene mucha ansiedad, afirma no habérselo preparado porque ha pasado una semana con mucho dolor. Muestra inseguridad y nervios y su discurso se centra en “se me va a olvidar”. Una vez finalizada la exposición se muestra satisfecha y contenta. Durante el Día de la Mujer, su actitud cambia completamente, muestra seguridad y satisfacción (sesión 19).

En varias sesiones presenta un discurso en relación al pasado con añoranza. Menciona sus experiencias en Nador, durante la llegada a España, los primeros años de su estancia en España etc. como algo positivo, pero pasado y lejano. Con

un tono triste, separa toda esa época de una actualidad marcada por la enfermedad (cansancio y dolor constante), una situación económica complicada (poca libertad para hacer lo que le gusta, imposibilidad de trabajar, responsabilidad de mantener a la familiar), la relación problemática con su marido etc.



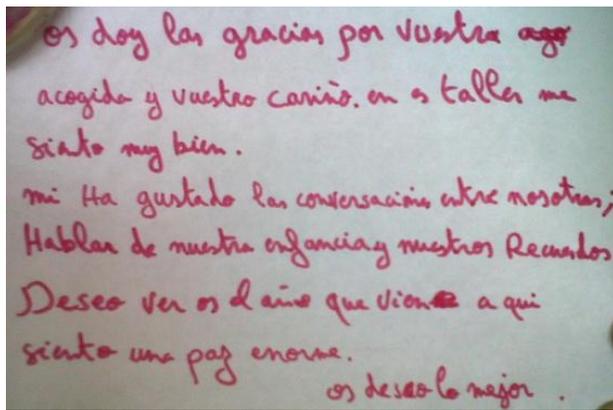
Sesión 15, "Visado". La sesión gira en torno a un recuerdo bonito. En el cierre, no duda en enseñar su obra y se muestra sonriente y con alegría en relación al resultado. Comienza diciendo: "Hay muchos recuerdos buenos", y posteriormente habla de todos sus recuerdos de forma positiva, los sitúa como un pasado lejano. Al hablar de la obra, se centra en la foto del visado y aunque afirma que no se parece, está muy satisfecha con el dibujo. Comenta que en aquella época estaba muy guapa, se pintaba los labios de rojo y tenía flequillo. Lo compara con su apariencia física en la actualidad, los dolores y la imposibilidad de realizar todas las actividades que le gustaría.

Durante estas dos sesiones (sesión 15 y 21), se permite experimentar con el material y jugar con sus posibilidades, pierde un poco el miedo a equivocarse y la vergüenza por mostrar su obra una vez finalizada. Se despreocupa de la obra que llevan a cabo el resto y parece tener claro lo que quiere representar. Presta menos atención técnica al material y se relaciona de forma más personal con los materiales, resuelve la propuesta con convicción y decisión, y centra su discurso en relación a la propia creación. Durante el proceso de creación, es posible observar una actitud tranquila, relajada y concentrada en la creación.



Sesión 21, "La casa grande". En la sesión se centra en el espacio natal y ella parte de su realidad de origen para realizar la obra. Muestra ilusión en su discurso y se ríe numerosas veces durante el proceso de creación. "El dibujo muestra cuando jugaba con mis amigas en el patio a la pelota. En Marruecos la gente siempre se reúne, siempre hay visitas y hay mucha vida con vecinos y amigos y que es algo que aquí no se da tanto." Con el título, resalta el tamaño de la casa.

En la *última fase*, su asistencia se ve afectada por la ruptura de la pierna de su hija en el colegio. Esto supone una importante preocupación y responsabilidad añadida. De las 5 últimas sesiones, sólo puede asistir a la última (sesión 26) y a la fiesta de cierre del taller, ya que tiene que ocuparse de su hija.



Sesión 26, cierre. Cada mujer cierra el taller con un mensaje en una botella. Muestra una actitud alegre dada la reincorporación y pero se sorprende al enterarse de que es la última sesión. Muestra una actitud de disfrute y tranquilidad al realizar la botella y dedica su tiempo a escribir el mensaje a introducir.

En la fiesta final, presenta una actitud triste y poco participativa. Nada más llegar se sienta en una silla de la que se mueve solamente en momentos puntuales. De nuevo tiene dolores fuertes, está muy cansada, menciona numerosas veces que se encuentra mal (situación es similar al cese del taller por las vacaciones de navidad).

En la misma fiesta, su hija comienza a llorar por un collar que le gusta y no puede llevarse a casa, y ella enseguida muestra una actitud de culpabilidad ante esta situación, afirma "Mi hija llora cuando ve que me encuentro mal".

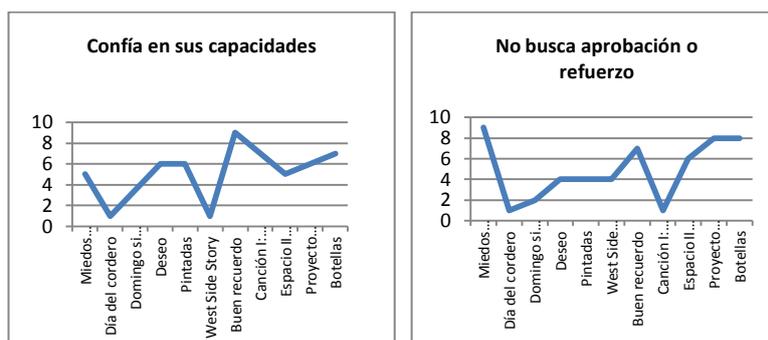
Resultado

El alto grado de ansiedad en relación a todas las circunstancias que envuelven su día a día define su proceso. Dentro de su discurso, aflora constantemente una sensación de preocupación y tristeza en relación a la enfermedad y a la complicada situación económica y familiar (ambas situaciones interrelacionadas). En la entrevista personal llevada a cabo tras la finalización de los talleres, afirma que le gustaría trabajar y que actualmente no se siente con fuerzas. También afirma, que existe una relación entre su estado emocional y su estado físico, aquellos días que está preocupada o triste, se encuentra peor y sufre dolores más intensos y siente mayor tensión y malestar. "Sí creo que tienen relación, cuando estoy más triste siempre me levanto con más dolor".

Durante la intervención existe una primera fase marcada por la inseguridad y nerviosismo ante la realización de la obra que conlleva mayor ansiedad. Aparecen momentos marcados por la búsqueda de perfección y de aprobación, y la dificultad para tomar decisiones (sesión 4, 6, y 9). Es posible destacar una mayor frustración

ante materiales al agua, en este caso témperas y acuarelas, debido a la sensación de pérdida de control sobre la propia técnica y la desvinculación entre la idea de la obra que tiene previamente y el resultado obtenido (sesión 9 y 13). Tras este primer contacto, la relación con el medio plástico va cobrando un carácter positivo y más cercano, y permite un encuentro creciente con los materiales.

5. GRÁFICAS HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL

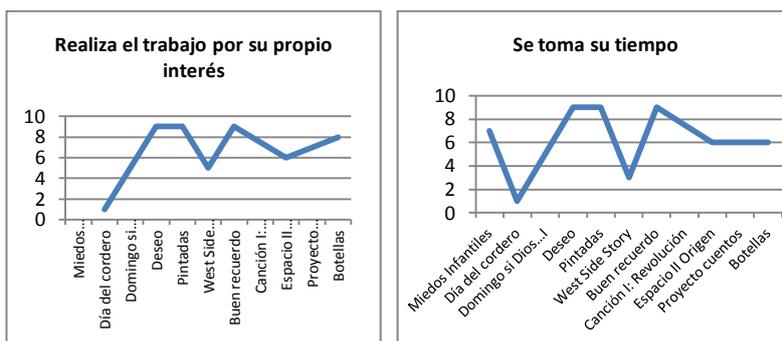


En las primeras sesiones, no confía en ser capaz de llevar a cabo la obra y no muestra satisfacción con el resultado (menciona la distancia entre lo que le gustaría hacer y el resultado de la obra). Sin embargo, poco a poco va ganando mayor confianza y aunque continúa buscando apoyo externo en las últimas sesiones muestra mayor independencia y decisión.

Esta seguridad creciente, da lugar a un espacio de creación y diálogo más personal. Es también posible ver ese acercamiento entre ella y su propia creación ya poco a poco sus obras y discurso comienzan a estar relacionados con sus preocupaciones y situación actual en relación a la pasada (sesión 15 y 21). Esto supone un espacio de diálogo en relación a su entorno y circunstancias actuales definidas por obligaciones y exigencias ajenas a sus posibilidades (el cansancio que supone la FM no se complementa con un entorno de responsabilidad económica, familiar, de vivienda etc.).

Entre sus valoraciones del taller, afirma que este supone “un espacio para ella y para compartir” y afirma que le viene muy bien “bajar los jueves”. El taller supone un espacio con cierta privacidad y dedicado a ella dentro del ritmo de su semana.

6. GRÁFICAS HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL

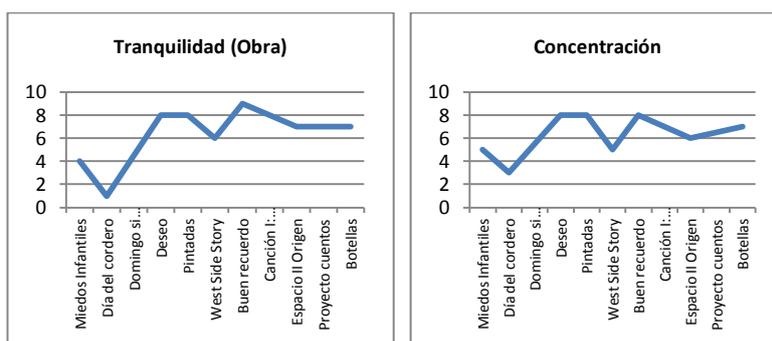


En un primer momento, lleva a cabo las obras a escondidas y rápidamente. A medida que pasan las sesiones, la relación con la obra se hace más cercana y amplía su interés por la misma. Poco a poco le dedica más tiempo al margen del qué dirán o la inseguridad por el resultado obtenido.

En la entrevista personal llevada a cabo, define la salud como la ausencia de dolor y de ansiedad, “Me siento fatal, con mucha angustia y ansiedad. La ansiedad se me coge en la tripa pero la última vez se me ha cogido en la cabeza. La salud es no tener ansiedad y dolor, y poder trabajar y así de nuevo tener mi dinerito”.

En este sentido, cobra importancia el crecimiento y mejora de momentos de tranquilidad y relajación durante los talleres, y la necesidad de trabajar desde un lugar de confianza, flexibilidad, adaptación y reconocimiento de la ansiedad.

7. GRÁFICAS HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL



A medida que avanzan las sesiones, es posible observar una mayor relajación y concentración durante la creación de la obra. En la medida de lo posible, se sumerge en un espacio de creación individual.

A continuación recojo su mensaje de cierre: “Os doy las gracias por vuestra acogida y vuestro cariño. En este taller me siento muy bien. Me ha gustado la conversación

entre nosotras, hablar de nuestra infancia y nuestros recuerdos. Deseo veros el año que viene, aquí siento una enorme paz. Os deseo lo mejor”.

En su mensaje describe el taller como un espacio de “enorme paz” lo que se relaciona con la creciente tranquilidad en la creación de la obra. Presenta el taller como un lugar de acogida, se siente parte del grupo y afirma sentirse a gusto dentro del mismo (sentido de pertenencia).

También destaca la infancia y los recuerdos, a lo largo de la intervención habla del pasado desde un discurso triste y melancólico y muestra una sensación de separación entre un pasado alegre y un presente marcado por la ansiedad y la frustración (sesión 15 y 21).

Por último es importante mencionar dos intereses personales que aparecen a lo largo de la intervención. El primero, es la constante búsqueda de espacio personal y de encuentro con las arteterapeutas al margen del grupo (un espacio seguro para hablar de forma privada). El segundo es el interés por aprender a utilizar las técnicas y adquirir nuevos conocimientos en relación al arte, la cultura, habilidades etc. En la entrevista personal llevada a cabo, entre todas las sesiones destaca el visionado de las películas y el aprender a hacer las pajaritas y pintar cristal.

CONCLUSIONES

El desarrollo de la intervención con las dos mujeres, nos mostró la importancia de su experiencia de la enfermedad y circunstancias de migración, y nos llevó a preguntarnos por el lugar de esta experiencia dentro del Grupo de Mujeres Ventillarte (grupo focalizado principalmente en mujer y migración). ¿Qué lugar ha tenido la FM dentro del taller? ¿Qué relación existe entre la FM y migración en estas dos experiencias? ¿Qué necesidades existen dada esta doble situación? ¿Qué podría aportar el arteterapia en estas circunstancias?

A continuación, recojo algunos puntos conclusivos de carácter relevante en relación a la experiencia llevada a cabo con estas dos mujeres y los objetivos iniciales propuestos en la intervención. Estas conclusiones, también han sido construidas en base al acercamiento teórico anterior, y a las preguntas que motivaron el inicio de esta investigación.

Dentro de las intervenciones, es relevante el carácter grupal del taller. Ambas experiencias nos muestran el grupo como *lugar de encuentro* al margen de una realidad de obligaciones y preocupaciones alejadas de sus circunstancias. Llama la atención su carácter de intercambio, de mezcla, y de creación individual y compartida.

También destaca como un *lugar de pertenencia*, un grupo del que “formar parte”. Las mujeres lo llamaban el “taller de los jueves”. Este sentimiento ha supuesto un beneficio, ayudando a paliar esa sensación de “no encontrarse” (dado que su nueva realidad marcada por la enfermedad y la migración, no responde a las exigencias de su entorno cercano y a las exigencias sociales). En este sentido, el nuevo espacio compartido ha ofrecido cabida al dolor, cansancio, la alegría, los cambios, la distancia entre su cultura de origen y la cultura de acogida etc. En general a sus nuevas circunstancias ambientales y personales, y a la relación de estas mujeres con estos cambios.

La dinámica de creación artística estructurada en relación a sus intereses, la presencia de la arteterapeuta y las alumnas en prácticas, la asistencia regular de las mismas mujeres, las interrelaciones generadas y compartidas etc. han favorecido la creación de un *espacio grupal basado en la seguridad y la confianza*.

Todos estos factores que definen el grupo, han posibilitado la creación de un espacio de intercambio seguro al margen de la presencia del espacio público y de la amplia red de relaciones entre ellas fuera del taller (un espacio compartido diferenciado de los espacios de encuentro espontáneos, que muchas veces giran en torno al qué dirán, la importancia de la reputación, la imagen personal etc.). Esto, les ha permitido liberarse en cierta medida de sus miedos, exigencias externas e internas, responsabilidades etc. durante las sesiones, y desenvolverse en un espacio con cabida al encuentro, la sinceridad, la confianza, el amor, la alegría y la tristeza, etc.

Dentro de esta dinámica, también cobra gran importancia la figura del arteterapeuta en relación al acompañamiento, como persona de confianza, responsabilidad y referencia dentro del espacio. Esto también ha favorecido este carácter de confianza y seguridad.

Esta presencia del espacio público y la realidad de barrio en la que está inmerso el taller al ser todas vecinas, amigas, compañeras etc. (estas dos mujeres viven a escasos metros del Centro de Pueblos Unidos), también ha supuesto una dificultad a la hora de lograr intimidad y seguridad en desarrollo de su proceso personal e interiorización. Esta situación se hace perceptible en varias sesiones, ya que no ha sido posible llevar a cabo el cierre de las sesiones con atención a un carácter más personal. Esta realidad, también se ha visto afectada por la cultura permitiéndonos llevar a cabo un cierre compartido y hablar de las obras, únicamente en las últimas sesiones.

Partiendo de esta situación, cobra importancia uno de los objetivos iniciales propuestos con estas dos mujeres, ofrecer un espacio donde ellas marquen el ritmo en función de su realidad y no el entorno les marque una dinámica ajena a la que adaptarse. El planteamiento del grupo, basado en ofrecer un *espacio flexible* para el desarrollo en relación a la situación personal de cada mujer, no ha ofrecido todo lo deseable en estos dos casos en referencia a su problema de salud. El desarrollo del grupo se ha centrado principalmente en la realidad de migración, por lo que las demandas en relación a la FM no han encontrado el espacio requerido.

La dinámica y la existencia de elementos compartidos dentro del grupo, sí han facilitado la creación de un espacio y tiempo para ellas. La intervención y proceso

personal de estas mujeres, han encajado y crecido positivamente dentro de este ritmo. Ambas experiencias nos muestran cómo las sesiones han supuesto un lugar donde poder expresarse, donde poder mostrar sus quejas, preocupaciones, frustraciones sin miedo a la crítica. En la evaluación llevada a cabo al finalizar el taller, las dos mujeres definen el Grupo de Mujeres Ventillarte como un espacio para ellas, dedicado a sí mismas, dónde pueden hablar de cómo se sienten y utilizar el *medio plástico y el espacio como expresión personal*.

Durante la experiencia, es posible destacar el proceso de creación (sobre todo en las últimas sesiones), como un espacio de tranquilidad y diálogo al margen de su cotidianidad. Los dos casos presentan una situación de ansiedad, nerviosismo y estrés a parte de la realidad del resto de mujeres. Rebajar estos niveles y por lo tanto la experiencia de dolor, ha sido otro de los objetivos iniciales.

Ambas valoran la creación como un espacio de relajación y dedicado a sí mismas, aunque en un primer momento destaca como una fuente de inseguridad, poco a poco esta situación cambia. Esta relación con el medio artístico, ha supuesto un beneficio y mejora a nivel personal y ha favorecido una relación estrecha gradual entre la mujer y la obra. A medida que pasan las sesiones, le dedican más tiempo e interés al proceso de creación y se sumergen en el mismo. Con respecto al proceso de creación, también ha existido una importante mejora en relación a la concentración durante la realización de la obra.

Dentro de estas mejoras, es posible ver también importantes picos de cambio de una sesión a otra. Estos coinciden con la realidad de malestar cambiante que supone la FM. Ambas experiencias, presentan periodos donde la asistencia es intermitente debido a los cambios físicos, estrés, ansiedad y dolor que conlleva la enfermedad, y a imprevistos como el programa de rehabilitación en el primer caso y la ruptura de la pierna de la hija en el segundo. Estas ausencias, han favorecido situaciones de ruptura en el proceso personal y desvinculación con la propia obra.

La dinámica del grupo también ha favorecido esta intermitencia. El ritmo, ha sido enfocado principalmente a la realidad cultural y de migración. Debido a la situación particular de estas dos mujeres, muchas veces su narrativa personal iba por caminos alejados de los planteamientos surgidos en el grupo. En este sentido, el

proceso de ambas, se muestra como un proceso en algunas ocasiones interrumpido por las propuestas artísticas o los temas desarrollados en las sesiones.

Sus ganas de comunicar adquieren un lugar importante en numerosas obras, así como sus ganas de aprender y adquirir nuevos conocimientos en relación a la técnica, el arte y la cultura. Ambas valoran estos factores y han encontrado un lugar donde desenvolverse, donde desarrollar su identidad e inquietudes, y dar cabida a la naturaleza de su situación personal y sus preocupaciones dentro del espacio del taller.

Por último, a lo largo de la intervención, es posible observar el interés por buscar *un espacio individual*, tras finalizar el taller, en los momentos de descanso, previamente a empezar etc. Aparte del acompañamiento que ha supuesto el grupo, ambas buscan un espacio de singularidad y confianza con las arteterapeutas donde dar cabida a sus preocupaciones, sensaciones y cambios.

PROPUESTAS/DISCUSIÓN

Tras la experiencia práctica llevada a cabo en el Grupo de Mujeres Ventillarte, la revisión teórica en relación a ambos temas, las dos experiencias recogidas anteriormente y las conclusiones en relación a una realidad de FM y migración que se han derivado de esta experiencia, en la discusión recogemos dos apartados como reflexión final.

En el primer apartado, presentamos una serie de posibilidades a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo una intervención desde el arteterapia en situaciones de migración y FM. Estas se proponen como puntos que invitan para la reflexión sin la necesidad de ser fórmulas o verdades, sino como aspectos introductorios o a tener en cuenta siempre siendo conscientes del carácter personal y único de cada experiencia y la naturaleza de la intervención de la que nacen estas posibilidades.

Para finalizar, proponemos en el último punto, una breve puesta en común de futuras preguntas y vías de investigación una vez finalizado este TFM, que requiere planteamientos más complejos y un periodo más amplio de investigación.

7. POSIBILIDADES A TENER EN CUENTA EN FUTURAS EXPERIENCIAS

Espacio de creación individual como mejora de la salud

La sintomatología de la enfermedad y la relación que tiene la misma con la persona (sentido de la enfermedad), exige un ritmo de acción que contrasta fuertemente con el compás de una cotidianidad que les obliga a adaptar sus tiempos y situación constantemente. Complementariamente, la realidad de migración también supone una constante adaptación al entorno y esfuerzo por el encuentro entre las dos culturas (la de origen y acogida).

En relación a esta doble situación, cobra especial importancia el taller como un espacio de flexibilidad que les ofrezca la posibilidad de ser ellas las creadoras de una dinámica en la que sentirse a gusto, y permitirse “ser” al margen de las circunstancias externas a las que tienen que adaptarse.

El sujeto se construye desde la vinculación social y cultural, y teniendo en cuenta que, las condiciones de vida imperantes en toda cultura engendran ciertos temores que pueden responder a peligros externos, a las formas que adoptan las relaciones sociales o a tradiciones culturales. (...). Los sujetos que padecen fibromialgia no sólo comparten los temores comunes

en todos los individuos de una cultura sino que además sufren otras angustias (Guiote, 2011: 121).

Dentro de la cultura de la inmediatez y productividad en la que vivimos, es difícil llevar a cabo una vida al margen de todas las exigencias que esta supone y más si la situación no responde a lo que es entendido por “normalidad”. Estas exigencias externas se convierten en obligaciones y temores (exigencias internas), y ambas imponen un estilo de vida ajeno a las posibilidades de la persona.

El tratar de responder satisfactoriamente a esa “normalidad”, puede volverse una frustración eclipsando la verdadera esencia de la persona y su relación consigo misma. Dentro de esta situación, la realidad de cambios que supone la experiencia de la FM (los dolores, fatiga, angustia, relaciones afectivas etc.) y situación de migración (estrés por las pérdidas) supone una importante dificultad. La persona tiene que adaptarse a las nuevas condiciones dadas (a la interrelación entre los cambios físicos, los cambios emocionales, sociales, culturales etc.) y tratar de normalizar las mismas en relación a sí mismo y al entorno que le rodea.

Una normalidad deseada y envidiada por las personas afectadas, que ven como han cambiado e intentan enmascarar estos cambios para negar o no enfrentarse con la cruda realidad, se ponen las máscaras de la normalidad para no hacer sufrir a sus seres queridos, pero su coste es alto(...). El cambio de identidad les hace sentir incómodas en sus cuerpos, cuerpos subvertidos a los que tienen que reconquistar para reconocerse y adaptarse a su nueva vida que se la puede designar de todo menos “normal”, palabra que genera incompreensión y sufrimiento. (Carrasco y Márquez, 2008: 47)

Conocida la necesidad de “reconocerse y adaptarse a su nueva vida”, los cambios que se suponen en la identidad de la persona y la presencia de las exigencias externas e internas, cobra especial importancia la posibilidad de ofrecer un espacio arteterapéutico (en este caso), donde la persona tenga la posibilidad de ser creadora del mismo. El espacio se adapte a ella dejando al margen las condiciones y valores de vida impuestos.

Esta realidad y el interés por buscar un espacio individual destacado en las dos experiencias recogidas, nos lleva a plantearnos la importancia de un espacio de terapia individual en estos casos. Este espacio individual, favorece un lugar de encuentro con la “nueva normalidad” de la persona, libre de juicios y con cabida a lo que hasta el momento ha sido entendido como “no normalidad”, a una realidad de sentimientos, síntomas, preocupaciones etc. y todas sus consecuencias. Un espacio que favorezca el diálogo personal y ofrezca un tiempo de encuentro con uno mismo.

Complementariedad: Espacio de creación individual y Grupo de Mujeres Ventillarte

Las circunstancias en las que se encuentran las personas tras el diagnóstico de la FM en gran parte de los casos suponen una desvinculación o importantes cambios en la relación con su entorno, la familia, pareja etc. Esta ruptura o reformulación de las relaciones afectivas, también se junta con el déficit de reconocimiento de la FM como enfermedad y el estigma social que se deriva del padecimiento de la misma. Por otro lado, la migración también supone la pérdida del entorno más cercano, lejanía de las relaciones afectivas, adaptación a una nueva realidad cultural que afecta a las relaciones sociales, situaciones de xenofobia etc.

Teniendo en cuenta la naturaleza y el conjunto de estas rupturas, un nuevo espacio de encuentro adquiere gran interés. Como hemos podido ver, el grupo favorece la aparición de nuevos vínculos a través de la creación y del intercambio de experiencias. Cobra importancia la posibilidad de formar parte de un nuevo lugar al margen de una cotidianeidad que puede resultar lejana o ajena a la persona. En este sentido de desvinculación y lejanía, nos acercamos al concepto de no lugar propuesto por Marc Augé y la importancia del “lugar” para el desarrollo personal.

Si un lugar puede definirse como lugar de identidad, relacional e histórico, un espacio que no puede definirse ni como espacio de identidad ni como relacional ni como histórico, definirá un no lugar (Augé, 1993: 83). Nosotros incluimos en la noción de lugar antropológico, la posibilidad de los recorridos que en él se efectúan, los discursos que allí se sostienen y el lenguaje que lo caracteriza (Augé, 1993: 87).

Este carácter de intercambio y elaboración que genera grupo, se crea como una situación compartida entre todos los participantes. El encuentro, conduce a la persona a un “formar parte de” a pesar de la heterogeneidad que supone cada grupo. La participación en este nuevo lugar, conlleva la creación de nuevos lugares físicos y afectivos que sirven de apoyo en una realidad donde las relaciones se ven afectadas por la enfermedad en casos de FM o la distancia física o cultural en casos de migración. La dinámica y movimientos que allí se generan, favorecen el crecimiento e identidad de la persona y la creación de nuevos vínculos.

Partiendo de este doble sentido (encuentro y pertenencia), el espacio de creación individual introducido anteriormente, se propone como un espacio complementario a este espacio de grupo. De esta forma, ambas propuestas se enriquecerían entre sí, completando la riqueza de la intervención y el desarrollo personal. Esta situación de

complementariedad y de participación en el grupo, también ayudaría a evitar la posible estigmatización que supone la enfermedad.

Narrativa personal de la experiencia y elaboración de significados

Como hemos visto, la persona es un individuo en constante construcción y esta identidad cambiante, se ve gravemente afectada con el diagnóstico de la enfermedad y con los duelos que supone la migración.

Partiendo del concepto ecológico que define la enfermedad como resultado del desequilibrio en la interacción entre la persona y su ambiente, y reconoce el significado de la misma desde una perspectiva biopsicosocial más allá del proceso biológico (Laurell, 1986: 7), destaca el valor de los conceptos de salud-enfermedad en relación a uno mismo.

La enfermedad y el sufrimiento asociado confieren una especie de segunda ciudadanía al que padece (Bárcena, 2001).

La identidad se ve gravemente afectada por el diagnóstico de la enfermedad, llegando a ser esta una nueva identidad. Como hemos visto en la teoría y en la práctica, es común que la persona no se reconozca en un cuerpo marcado por el cansancio, el dolor, ansiedad etc. y esto afecta al auto-concepto y la autoestima de la persona.

Cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz, tiende a hundirse en significados (Bárcena, 2001).

La enfermedad desde su carácter de experiencia, adquiere numerosos significados en la vida de la persona. La elaboración y toma de contacto con la misma, es un punto crucial en el desarrollo. Cuando la enfermedad tiene un carácter crónico, la elaboración y reconocimiento propio por parte de la persona en su nueva situación adquieren un carácter vital. Sin embargo, el lugar que ocupa la enfermedad no siempre existe en relación a la experiencia personal que se tiene de la misma, sino que esta experiencia es eclipsada por el sentido que el concepto “enfermedad” adquiere en nuestra sociedad.

Hay un uso de la enfermedad como figura o metáfora que cuanto más se extiende más nos aleja de la posibilidad de encararla como lo que es, como una enfermedad, por terrible que sea en sus consecuencias para nosotros, que nos permite mantener con ella una relación personal de sentido. Hay una realidad reinventada, a la que llamamos estado de bienestar, en virtud de la que nos merecemos unos cuerpos perfectos en los que carece de sentido el dolor, del

mismo modo que carece de sentido no alojarnos cada año en nuevo autor o cada fin de semana en la tercera vivienda. (Bárcena, 2001).

Del mismo modo, en situaciones de migración complicadas, los duelos y pérdidas también cobran especial importancia como experiencias, por lo que la elaboración de las mismas al margen de los significados establecidos y las dificultades es necesaria.

Destacamos la importancia del espacio de creación como favorecedor de la narrativa personal de la experiencia (dolor, sufrimiento, afrontamiento etc.), y la toma de contacto con esta. También como espacio de creación de relatos y significados alternativos sobre la nueva situación. Un espacio que propicia la integración, adquisición de sentido y transformación de esta nueva realidad en relación a la persona y su trayectoria.

La creación artística, cuando es entendida como vía terapéutica, no tiene que ver con la producción de formas bellas, sino con la transformación de lo real a través de fundir y mezclar experiencias, emociones, deseos, recuerdos con formas y materias, posibilitando que la vivencia del silencio (...), dé nombre a lo que se siente y lo haga de manera saludable (del Río, 2006, 69).

Empoderamiento: un sentido desde las capacidades de la persona

El espacio arteterapéutico ofrece cabida a la subjetividad de la persona, y desde su naturaleza de proceso, conlleva un camino de diálogo personal que implica el contacto con la propia experiencia desde la naturaleza de la creación. Este carácter subjetivo, permite a la persona un acercamiento a sus capacidades, sentimientos y la exploración de uno mismo. Puede favorecer por lo tanto, un carácter resiliente dentro de las adversidades derivadas de la FM y migración.

La resiliencia no es un rebote, una cura total, ni un regreso a un estado anterior sin heridas. Es la apertura hacia un nuevo crecimiento, una nueva etapa de la vida en la cual la cicatriz de la herida no desaparece, pero sí se integra a esta nueva vida en otro nivel de profundidad (Vanistendael, 2005).

Stefan Vanistendael introduce el concepto de resiliencia fundamentado en dos aspectos, el vínculo o encuentro con las personas que forman nuestro entorno, y la capacidad para descubrir un sentido a nuestras circunstancias y construir sobre él. Afirma que estos elementos funcionan en interacción junto con otros aspectos como la autoestima, el humor y las competencias de la persona.

Desde esta capacidad de hacer frente a las adversidades, destacamos la propuesta de Edith Grotberg que define la resiliencia como un aspecto dinámico que depende de la interrelación de tres factores, el ambiente favorable, la fuerza intra-psíquica y las habilidades adquiridas y orientadas a la acción, “yo puedo”.

Partiendo de este último factor, dentro del espacio arteterapéutico cobra vital importancia la persona y el concepto de empoderamiento, entendiendo el mismo como una posibilidad que permita el acceso a los propios recursos y capacidades personales y sociales para afrontar la situación. El empoderamiento en relación a los sucesos de la enfermedad y realidad de migración, adquiere vital importancia en el desarrollo y en las posibilidades que puede ofrecer el arteterapia ante esta situación (la adquisición de un rol activo dentro de la propia creación, el encuentro de la persona con sus recursos, capacidades y fortalezas y el diálogo sobre su “nueva realidad”).

Acompañamiento: cada vínculo como único

Como se viene desarrollando a lo largo del TFM, la vivencia de cada persona adquiere sentido en función de su experiencia y construcción personal de significado. Esta doble situación de FM y migración, supone una realidad desconocida, de novedades para la persona. En este desconocimiento y desvinculación del que venimos hablando y en relación a las dos experiencias recogidas, resaltamos el lugar del acompañamiento a lo largo del proceso.

A continuación, recogemos un fragmento del diario de campo personal en relación a un seminario llevado a cabo en el máster. Este extracto, nos acerca a la importancia de la relación de acompañamiento dentro de un espacio lleno de subjetividades y vivencias únicas de la persona.

Muchas veces me da la sensación de que los objetivos propuestos en los talleres de arteterapia se hacen inalcanzables desde mi rol de arteterapeuta, aunque suenan como verdades necesarias e imprescindibles. A lo largo de este seminario, Mónica Cury me plantea el valor del acompañamiento, “es necesario abrir la mente, salir de lo que entendemos por un objetivo y replanteárnoslo. Este podría tener una naturaleza personalizada, de acompañamiento, de estoy aquí contigo”.

Tras la revisión teórica, son conocidos los síntomas, inestabilidad, malestar, estrés etc. que se derivan de ambas situaciones, sin embargo, una vez conocidos, no

podemos anclar el proceso e intervención a estas generalidades. Será necesario partir un primer acercamiento a la persona y su situación en tanto que única, y crear así el vínculo entre la persona y el arteterapeuta (es posible observar esta situación dada la enorme diferencia en la naturaleza del desarrollo de la intervención en ambas experiencias recogidas).

Recordamos que esto significa ser receptor, contenedor y acompañante de las preocupaciones, momentos y deseos de la persona. De este modo, este primer posicionamiento nos ayudará a descubrir qué aspecto o aspectos desea trabajar la persona, re-posicionarnos, ahora sí, en un lugar más cercano al trabajo personal (de la Dehesa, 2012: 98).

Es importante por lo tanto construir el vínculo y acompañamiento desde la subjetividad y la naturaleza de todos los elementos que intervienen, permitiéndonos conocerlos y dando el espacio suficiente y necesario para ello.

POSIBILIDADES A TENER EN CUENTA DESDE EL ARTETERAPIA

En este cuadro, recogemos de forma concreta estas posibilidades propuestas desde nuestro campo de intervención en relación a una realidad de FM y migración, que podrían aplicarse en un posible grupo de mujeres migrantes con FM creado a partir del Grupo de Mujeres Ventillarte.

- Apoyo en la re-elaboración del duelo y pérdidas que supone la realidad de FM y migración.
- Importancia de la relación con el mundo afectivo (interno y externo).
- Conocimiento personal e integración del sentido de realidad dada como nueva, y su relación con la identidad personal y social.
- Nuevo espacio para favorecer el desarrollo de una narrativa personal y la elaboración de significados en relación a la “nueva realidad”.
- Toma de conciencia de los niveles de estrés y los síntomas destacados en función de cada situación.
- Empoderamiento, acercamiento a los propios recursos y capacidades personales y sociales para afrontar la nueva situación.
- La importancia del acompañamiento ante una realidad desconocida.

8. PREGUNTAS PARA FUTUROS PLANTEAMIENTOS

Para finalizar, retomamos de nuevo la amplia red de preguntas que dieron origen al planteamiento de este trabajo, como futuras vías de investigación. A continuación, recogemos una de las frases que dieron comienzo a estos planteamientos.

La higiene, es el arte de vivir, que abarca el ámbito privado (alimentación, descanso, ejercicio, relaciones humanas, equilibrio mental) y el público (orden social, solidario y respetuoso con la naturaleza). (Landaburu, 2000: 107)

“Higiene” es una palabra griega cuyo significado es “el arte de vivir”. Esta palabra nos planteó la importancia de la salud, la relación de las personas con la misma y el lugar del “arte” en esta relación. ¿Es posible estar saludable en una realidad de imposiciones y exigencias (interrelación entre exigencias internas y externas) donde nuestra propia naturaleza y subjetividad no tienen cabida? ¿Cuál es el lugar del arte en relación con cada persona y su día a día?

Dada esta distancia entre el individuo y el entorno donde se desenvuelve, su relación con “la normalidad”, “lo valorado y valorable”, “la salud y enfermedad” etc. ¿Es posible que se esté dando un proceso de aculturación en nuestra propia cultura?

Según últimas investigaciones... los seres humanos nacemos con la posibilidad de ser superinteligentes. Capaces de inventar soluciones elegantes a los problemas más complicados. Originales, creativos e ingeniosos. Gran agilidad mental, poder de concentración y memoria. Venimos al mundo con alegría de vivir, divertidos y contentos de estar vivos. Siempre entusiastas a pesar de las dificultades. Tenemos interés y curiosidad por las cosas, por todos los conocimientos y por todas las personas... (118)

¿Tienen cabida todas estas facultades en el actual orden social? ¿Es posible desde el arteterapia crear un espacio personal y de transformación libre de esta situación?

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. *Inmigración hoy*, doc 5, 14-26.
- Achotegui, J. (2008). Migración y crisis: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances de la Salud Mental Relacional*, 7, núm 1.
- Achotegui, J. (2012). La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises. *Temas de Psicoanálisis*, 3, 1-16.
- Alegre, C., Ballina, F.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castell, B., Collado, A., Estévez, J.J., Martínez, F.G., Rivera, J., Tornero, J., Vallejo, M.A. y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, sulp 1, 55-64.
- Alentorn, A. (2008). Tratamiento sintomático de la fibromialgia mediante vibraciones mecánicas. Barcelona, España: Tesis Doctoral Universidad de Barcelona.
- Alonso Garrido, M. A. (2012). Mujeres y Arteterapia. Madrid, España: Tesis Doctoral Universidad Complutense de Madrid.
- Amal Amane, A. (2009). Inmigración y participación comunitaria en salud. *Salud 2000, inmigración y salud*, nº 120, 18-24.
- Andolfi, M. (2009). La psicoterapia como viaje transcultural. *Individuo y sociedad*, 8, 7-44.
- Atenógenes, H., Beltrán Guzmán, J., Saldívar González, F. y Torres Fermán, I. A. (2010). Fibromialgia su reconocimiento como trastorno de salud y su diferencia con el dolor crónico. *Revista electrónica medicina, salud y enfermedad*, 1, Nº 1.
- Aron, L. (2008). La interpretación como expresión de la subjetividad del analista. En: Liberman, Ariel y Abello, Augusto (compiladores) *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Editorial Psimática, Madrid.
- Augé, M. (1993). Los no lugares. Espacios del anonimato. Francia: Gedisa S.A.
- Bárcena, F. (2001). La esfinge muda. El aprendizaje del dolor después de Auschwitz. Barcelona Editorial Anthropos.

- Bayona, M. J., Cerdá, G., de Andrés, J., Monsalve, V., Valía, J.C. y Villanueva, V.L. (2004). Fibromialgia: Diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev Soc Esp Dolor*, 11, 50-63.
- Belenger, R., Ramos-Casals, M., Rivera, J. y Siso, A. (2008). Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica*, 5, 55-62.
- Bermejo, M.J., Castaño, J.P., Olry de Labry, A., Ruíz, I. y Ubago, M.C. (2005). Características clínicas y psicosociales de las personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 683-695.
- Bhugra, D. y Becker, M. (2005). Inmigración, desarraigo cultural e identidad cultural. *Cultural Psychiatry*, Ed Esp 3:1, 18-23.
- Borrás, C., Gonzalvo, J., Molina, F., Palmer, A., Pérez-Pareja, J. y Sesé, A. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16, 415-420.
- Brik, E. (2007). La psicoterapia transcultural la interacción con el otro diferente. 8º Congreso virtual de psiquiatría, *Interpsiquis*, 1-18.
- Caballido, S., Extremera, M.J., Lutterbeck, V. y Molins, J. (2005). La fibromialgia desde la perspectiva relacional. Investigación del Máster de Terapia Familiar de l'Escola de Teràpia Familiar de Sant Pau de Barcelona, 1-118.
- Carrasco Acosta, M.C. y Márquez Garrido, M. (2008). El valor afectivo simbólico de los foros de fibromialgia. *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de la teoría a las prácticas académicas y profesionales*, 2, 31-49.
- Castel-Bernal, B., García-Bardón, V. y Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 1, 38-43.
- Castilla, A. (2007). La fibromialgia y sus implicaciones personales y sociales de los pacientes de la Comunidad de Madrid.
- Clauw, D. J., Fitzchales, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell. I. J., Winfield, J. B., Wolfe, F. y Yunus M. B. (2010). *Reumatología para la fibromialgia y para la medición de la gravedad de sus síntomas. Arthritis Care & Research*, 62, 600-610.

- Collazos F., Qureshi, A., Antonín, M. y Tomás-Sábado J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo*, 29(3), 307-315.
- Covarrubias Oppliger, T. E. (2006). *Arteterapia como herramienta de intervención para el proceso de desarrollo personal*. Santiago de Chile: Post-título en Terapias de Arte, Mención Arte Terapia.
- Crespo Valencia, A y Matamala Barbacid, P. (2004). Pacientes inmigrantes en un Centro de Salud Mental Comunitario. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.
- de la Cuesta-Benjumea, C. (2008). ¿Por dónde empezar?: la pregunta de investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 18, 1- 14.
- de la Dehesa, B. (2012). *Arteterapia en contextos de refugio político. Análisis y posibilidades*. Madrid, España: Trabajo de Fin de Máster, Máster en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión social, UVA.
- de la Mata Benítez, M., García Ramírez, M., Santamaría Santigosa, A. y Garrido Muñoz de Arenillas, R. (2010). La integración de la personas migrantes. El enfoque de la psicología cultural y de la liberación. En M. V. Laura (coord.). *La persona más allá de la migración* (pp.115-141). Valencia, España: Fundación Celmigra.
- de Prada, M.A., Actis, W. y Pereda, C. (Colectivo Ioé) (2003). Investigación acción participativa: propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. 1-26. Recuperado de www.monografías.com.
- del Río, M. (2009). Reflexiones sobre la praxis en arteterapia. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 3, 17-26.
- Diéguez Porres, M. (2009). Enfermedad, identidad y fibromialgia. Deconstruir el rol de enfermo: Puerta de entrada a la subjetividad. *Átopos, Salud mental, comunidad y cultura*, 8, 33-48.
- El Hadri, S. y Navarro, C. (2001). *Mujeres inmigrantes: dificultad, diversidad y riqueza*. Asociación de mujeres inmigrantes de Valencia.
- Enríquez Fernández, M. P. *Fibromialgia, mindfulness y gestalt*. Recuperado de <http://www.escuelagestalt.com/wp-content/uploads/2011/11/Fibromialgia-Mindfulness-y-Gestalt.pdf>

- Escobar Segura, E., Evrard Revuelta, E. y Paulino Tevar, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17, 326-332.
- Fajardo, M., Patiño, C. y Patiño, M.I. (2008). Estudios actuales sobre aculturación y salud mental en inmigrantes: revisión y perspectivas. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 1, 39-50.
- Fenollosa, A., Mañez, I., Martínez-Azucena, A. y Salazar, A. (2005). Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21, 491-500.
- Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona, España: Ariel Psicología.
- Galeano, E. (1989). *El libro de los abrazos* (29. Ed.). España, México, Argentina: Siglo XXI.
- García-Campayo, J. y Sanz Carrillo, C. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica*, 118(5), 187-191.
- García Casasola, R. y Santos Sánchez-Guzmán, E. (2011). Arteterapia y subjetividad femenina: construyendo un collage. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 87-103.
- Guiote González, A. (2011). Arteterapia y fibromialgia: lenguajes del cuerpo. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 119-133.
- Goicoechea Calderero, E. (2006). La música como terapia a la fibromialgia: silenciar a la enfermedad fantasma. Domínguez-Toscano, P.M. (coord.). *Arteterapia. Nuevos caminos para la mejora personal y social*, 133-149. España: Junta de Andalucía.
- Iciar Lavieri, E. (2006). Formación de profesionales en temas transculturales. 7º Congreso intercultural de psiquiatría Interpsiquis, 1-14.
- Klein, J. P. (2006). *Arteterapia una introducción*. Barcelona, España: Bolsillo Octaedro.
- Klein, J. P. (2006). La creación como proceso de transformación. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 11-18.
- Landaburu Pitarque, E. (2000). *Cuídate Compa. Manual para la autogestión de la salud*. España, Navarra: Editorial Txalaparta.

- Laurell, A. C. (1986). La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales, 37, 1-11.
- López Cao, M. L. (2011). Fibromialgia: del duelo a la esperanza. México D.F: Tesina, Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.
- López-Chicheri García, I. (2012). Variables psicológicas relevantes en fibromialgia. Tesis doctoral Universidad de Granada.
- López Fernández Cao, M. y Martínez Díez, N. (2006). Arteterapia conocimiento interior a través de la expresión artística. Madrid, España: Tutor, S.A.
- López Miguel, M.J. y Sánchez Márquez. G. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. Apuntes de Psicología, 26, 399-410.
- Martínez Lozano, E. (2010). ¿De qué hablamos? La persona y su proceso de crecimiento. En M. V. Laura (coord.). La persona más allá de la migración (pp. 31-67). Valencia, España: Fundación Celmigra.
- Marxen, E. (2003). Los beneficios de la terapia artística en el ámbito de la inmigración. Field in Presentation given at the 3 rd European Conference on Psychotherapy; AEP (Association of European Psychiatrists). Heidelberg, Alemania.
- Mazarrasa Alvear, L., Martínez Blanco, M., Lláger Gil de Ramales, A. y Castollo Rodríguez, S. (2005). La salud de las mujeres inmigrantes en España. Globalización, género y salud. En S.B. Marciano, C. G. Concha y R. Z. Clara (Eds.). Globalización, género e inmigración (pp. 353-376). Madrid, España: Sanidad Pública.
- Melero Valdés, L. y Díe Olmos, L. (2010). El enfoque psicosocial en las migraciones. En M. V. Laura (coord.). La persona más allá de la migración (pp. 71-110). Valencia, España: Fundación Celmigra.
- Muiño Martínez, L (2009). Salud mental e inmigración. M. M. Joaquín, A. B. Alberto, H. A. Helena (Eds.). Manual de atención al inmigrante, España: Ergon.
- Moulhi, D. (2000). Mujeres musulmanas: estereotipos occidentales versus realidad social. Papers, 60, 291-304.
- Navas, M., Pumares, P., Sánchez, J., García, M.C, Rojas, A.J., Cuadrado, I., Asensio, M. y Fernández, J.S. (2004). Estrategias de aculturación la

perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería. Granada, Ediciones al Sur S.C.A y Junta de Andalucía.

- O´ferral González, C., Crespo Linares, M., Gavira Fernández, C. y Crespo Benitez, J. (2003). Inmigración, ¿Estamos preparados los profesiones de la salud mental para este reto? 4º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.
- Ojeda López, M. (2011). Arteterapia Gestalt: “La búsqueda de lo que somos”. Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 6, 169-181.
- Orozco, L. M. y Vinaccia, E. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Perspectivas en Psicología, 1, 125-137.
- Padilla Vera, P. M. (2011). Promoción de la salud a través del arte: una experiencia en torno a la crisis medioambiental. Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 6, 219-235.
- Peñacoba, C. (2009). Intervención psicológica en personas con fibromialgia. INFOCOP. 14-20.
- Pérez Sales, P. (2009). Patología psiquiátrica en población inmigrante. M. M. Joaquín, A. B. Alberto, H. A. Helena (Eds.). Manual de atención al inmigrante, España: Ergon.
- Pulido, R. (2012). El paciente mindfulness: un viaje entre la cura y la liberación. Gaceta de Psiquiatría Universitaria, 7 (4), 387-395.
- Rascón Gómez, M.T. (2012). El rol de las mujeres inmigrantes marroquíes establecidas en España. Dedicar, Revista de EducaÇao e Humanidades, 2, 157-178.
- Rico Caballo, L. (2007). Implantación del servicio de terapia a través del arte en un gran hospital. Madrid, España: Tesis doctoral Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid.
- Rivera Heredia, M.E., Obregón Velasco, N. y Cervantes Pacheco, E.I. (2009). Recursos psicológicos y salud: Consideraciones para la intervención con los migrantes y sus familias. En Lira, J. Aportaciones de la Psicología de la salud. 225-254.

- Rodríguez Cigarán, S. (2011). Moviéndonos más allá del diagnóstico: conclusiones tras 10 años de experiencia con la población de fibromialgia y dolor crónico.
- Rodríguez Vega, B. y Fernández Liria, A. (2006). Narrativas del sí mismo. *Psiquiatría.com*, 10.
- Sandin Esteban, M. P. (2003). Investigación cualitativa en educación. *Fundamentos y tradiciones*.
- Sayed-Ahmad Beirutí, N. (2010). Experiencia de migración y salud mental. En M. V. Laura (coord.). *La persona más allá de la migración* (pp. 259-292). Valencia, España: Fundación Celmigra.
- Soriano Miras, R.M., y Santos Bailón, C. (2002). El perfil social de la mujer inmigrante marroquí en España y su incidencia en la relación intercultural. *Papeles de geografía*, 36, 171-184.
- Stuart, J. y Ward, C. (2011). Una Cuestión de Equilibrio: Explorando la Aculturación y la Adaptación de jóvenes Mulsulmanes Inmigrantes. *Psychosocial Intervention*, 20, 1-17.
- Un tercio de las depresiones son originadas por la crisis económica (2012). Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 17.
- Vanistendael, S. (2005). La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos. 2º Congreso Internacional de los Trastornos del comportamiento en niños y adolescentes, 1-13.
- Vallejo Pareja, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27, nº 2, 1-9.
- Vidal, A. Yuste Echarren F.J Yuste Grijalba F.J. La fibromialgia una enfermedad real bajo sospecha injustificada. 1-65
- Vilar Peyrí, E. y Eibenschutz Hartman, C. (2008). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Salud*, 6, 11-32.

ANEXOS

Con el TFM, se adjunta un cd que contiene los anexos. Dentro de los mismos, es posible encontrar:

1. Registro: La hoja de registro individual y la memoria de sesión utilizadas.
2. Registro fotográfico obras: Las fotografías de las obras de las dos experiencias recogidas, en un mayor tamaño y calidad.
3. Mapas mentales (mind maps): una serie de fotografías que recogen la red de planteamientos que han guiado el trabajo. Ilustran el desarrollo del mismo. Este no ha seguido un proceso lineal, sino una red de relaciones que se han ido creando a través de varios mapas mentales de carácter personal y reflexivo.