



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº28 – Invierno 2024

### **Una propuesta grupal, feminista y psicosocial sobre la atención a mujeres con fibromialgia**

#### ***A group, feminist and psychosocial proposal on the attention of women with fibromyalgia***

Blanca Fontán y Ana Távora<sup>1</sup>

#### **Resumen**

En este trabajo queremos mostrar el proceso de cambio en la oferta terapéutica a la atención psicológica de mujeres con fibromialgia (FM) en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada, desde que se inició hace aproximadamente 18 años con la creación de una consulta de Atención Psicológica, hasta la actualidad. Trataremos de explicar qué modificaciones se han ido sucediendo para llegar al momento presente, en el que proponemos un espacio grupal, feminista y psicosocial. En este proceso, un obstáculo importante ha sido poder pensar una oferta que se ajuste más a la demanda de las mujeres con FM. Partiendo de un esquema de referencia complejo que incluye una dimensión clínica, feminista y psicosocial de la FM, analizamos los encuentros entre las profesionales y las mujeres para entender cómo se han ido produciendo los cambios en el encuadre, la metodología o la relación entre nosotras.

**Palabras clave:** fibromialgia, feminismo, terapia de grupo, psicología social.

<sup>1</sup> Psiquiatras de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (Av. Fuerzas Armadas, 2, Beiro, 18014, Granada). Correspondencia: blanca.fontan.sspa@juntadeandalucia.es

## **Abstract**

In this work we want to show the process of change in the therapeutic offer to the psychological care of women with fibromyalgia (FM) at the Virgen de las Nieves Hospital in Granada, since it began approximately 18 years ago with the creation of a Care consultation Psychological, until today. We will try to explain what modifications have been taking place to reach the present moment, in which we propose a group, feminist and psychosocial space. In this process, an important obstacle has been being able to think of an offer that better suits the demand of women with FM. Starting from a complex reference scheme that includes a clinical, feminist and psychosocial dimension of FM, we analyze the encounters between professionals and women to understand how changes have been produced in the framing, methodology or relationship between us.

**Keywords:** fibromyalgia, feminism, group therapy, social psychology.

## **NUESTRO INTERÉS POR EL TEMA**

La fibromialgia (FM) se trata de un síndrome que reúne una serie de características concretas por las que destaca su complejidad. Uno de los primeros problemas metodológicos que nos encontramos a la hora de investigar sobre la FM es la controversia que la comunidad científica tiene con la propia definición y el diagnóstico. Se desconoce la etiología, presenta un carácter crónico, existe una desproporcionada incidencia en mujeres y conlleva numerosas repercusiones sociales, económicas y afectivas.

Estamos interesadas en analizar la FM desde diferentes modelos que permitan articular la complejidad clínica, los factores psicosociales y los determinantes de género. Tras una revisión sistemática podemos definir un esquema conceptual de referencia y operativo (ECRO<sup>2</sup>)(1) con el que poder articular los diferentes modelos. Diferenciamos tres aportaciones teóricas que conforman nuestro ECRO: 1) la clínica desde un modelo biopsicosocial, 2) el feminismo y 3) la psicología social.

Las aportaciones de la clínica se recogen desde el modelo biopsicosocial, definido por Engel en 1977(2) y que integra los aspectos psicosociales como determinantes de salud-enfermedad. Permite un abordaje de los problemas más amplio que supere el modelo clásico centrado en el diagnóstico y el tratamiento. En este sentido, Carme Valls (3) cuestiona

---

<sup>2</sup> Pichon-Rivière denomina ECRO al modelo por el cual el investigador podrá aprehender la realidad en términos operativos, es decir, adecuar la teoría a la práctica. Es posible el descubrimiento gracias a la adecuación entre el esquema de referencia del investigador y del fenómeno a investigar (1).

la manera en la que el modelo biomédico afronta la patología del dolor. Plantea que son muchas las enfermedades que pueden causar dolor muscular generalizado similar al que produce la FM, sin embargo, no existe un protocolo sistemático que investigue todas estas patologías a la hora de hacer un diagnóstico diferencial. Apunta a un sesgo de género en los estudios de investigación donde el sufrimiento es predominantemente de la mujer. En este apartado, incluimos también el conocimiento en primera persona de las mujeres con FM. Rafael Huertas (4) señala que en el caso de los estudios de las ciencias psi, se ha decidido mantener silenciada las voces de aquellas personas que padecen el sufrimiento psíquico. La producción científica que deja fuera estas experiencias y subjetividades la denomina “cuerdismo”. Se trata de una clínica que observa, pero no escucha. Al incluir el saber en primera persona se puede llegar a un entendimiento más real del sufrimiento, que lo define como social. Serán de nuestro interés los trabajos con las propias mujeres, que incluyen sus relatos como parte del conocimiento de la FM. Investigamos sobre el contexto y la significación del síntoma. Revisamos los estudios que buscan una relación entre el dolor crónico y lo emocional.

Las aportaciones del feminismo<sup>3</sup> permiten entender la relación entre la desigual distribución de género que se manifiesta en la FM y los diferentes sistemas de opresión. Por un lado, pensaremos la FM desde la dimensión política que aportan autoras feministas como Clara Valverde, Dresda Méndez de la Brena y Margot Pujal, entre otras, para entender cómo el sistema neoliberal, capitalista y patriarcal ejerce su poder en las mujeres y su influencia en la manera particular de enfermar de la FM. Por otro lado, nos basaremos en los conocimientos de autoras feministas como Nora Levinton y Jessica Benjamin, que incluyen la dimensión intrapsíquica para entender cuáles han sido las opresiones que han sido internalizadas por las mujeres con FM que ahora tienen un papel relevante en las diferentes formas de relación que encontramos y que ayudan a perpetuar el dolor.

Desde la psicología social, trabajamos con la concepción de “sujeto de necesidad” (5). La necesidad entendida como motor por el cual el sujeto se relaciona con su entorno y establece vínculos. A partir de esta fundamentación vamos a entender al sujeto como un ser social. Esta disciplina nos aportará los instrumentos necesarios para poder pensar e investigar cómo los diferentes determinantes sociales, económicos, políticos o culturales pasan a formar parte de la subjetividad. Conceptos como los de “emergente” y “portavoz” nos resultan útiles para entender las relaciones que existen entre la FM y el contexto en el

---

<sup>3</sup> En este artículo, trabajamos con una población concreta de mujeres y para su análisis contaremos con las aportaciones del feminismo ilustrado, asumiendo los sesgos que se puedan derivar al no contar con otros feminismos.

que se produce. Nos permiten pensar la FM no solo como un malestar individual, sino también como un proceso que pone en evidencia, denuncia, malestares del sistema.

A partir de este ECRO formado por la conjunción dialéctica de tres disciplinas (la clínica desde el modelo biopsicosocial, el feminismo y la psicología social) mostraremos los instrumentos utilizados para hacer un análisis de la demanda que nos permitan hacer una propuesta de intervención. Buscamos acercar lo que las profesionales podemos ofrecer con lo que las mujeres nos piden. El objetivo de la intervención es poder construir un relato de su dolor que conecte con sus vidas.

## **NUESTRO ECRO**

### **1. Las aportaciones de la clínica desde el modelo biopsicosocial.**

La FM no se reconoció como enfermedad hasta que en 1992 la OMS (Organización Mundial de la Salud) la incluyó en su listado de patologías. La primera definición la establece Wolfe, tras un estudio multicéntrico en los años noventa que propone: *“la fibromialgia es un estado doloroso generalizado no articular que afecta predominantemente a las zonas musculares y raquis, y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos”* (6). El principal problema de la definición fue que se trataba de una entidad cuyo diagnóstico era puramente clínico sin una etiopatogenia clara, lo que daba lugar a confusión a la hora de hacer ciencia (7). Más tarde se añadió al diagnóstico otros problemas de salud asociados, además de introducir posibles factores desencadenantes no exclusivamente biológicos. La última definición de 2016 dice así: *“se trata de un síndrome de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado y se asocia a otros síntomas como la fatiga, el sueño no reparador o alteraciones cognitivas y del estado de ánimo”*. Señalan que hasta el 50% de las causas se explicarían por factores ambientales, muchos de ellos modificables tales como la obesidad, la inactividad física o la insatisfacción laboral y vital (8).

La prevalencia de la FM es variable según la fuente que revise, esto se debe a la constante discusión en torno a los criterios diagnósticos. En España, los últimos datos son del año 2000 en el estudio EPISER, donde se observó el enorme impacto sanitario de este padecimiento. Se publica que existen hasta un 8,1% de personas con dolor músculo-esquelético generalizado y un 5,1% se trata de características crónicas. En la población española, un 2,4% cumple criterios para el diagnóstico de FM, observándose un desproporcionado predominio en mujeres (4,2% frente al 0,2% en hombres) con edades comprendidas entre los 30 y 50 años (9).

En este sentido, podemos entender los motivos por los que la Sociedad Española de Reumatología estima que se trata de un problema de salud pública de primer orden: una elevada prevalencia, el desconocimiento de sus causas, la ausencia de un tratamiento eficaz y la insatisfacción generada tanto en pacientes como en profesionales (10). El impacto en el sistema sanitario es enorme. Se calcula que hasta el 12% de las visitas a atención primaria son de personas con FM. Entre los costes directos (visitas médicas, derivaciones, pruebas complementarias y prescripciones farmacológicas) e indirectos en pacientes con FM se estima más de 8000 euros por paciente/año. El impacto a nivel laboral también es destacable. En primer lugar, los problemas músculo-esqueléticos son una de las principales causas de incapacidad temporal en nuestro país y, a su vez, son la primera causa en mujeres (11). Se calcula que solo el 30% de las personas con FM estaría trabajando y hasta el 70% aseguran tener muchas dificultades para rendir en el trabajo o desempeñar las tareas habituales. Por último, el impacto sobre la salud incluye, al menos, cuatro dimensiones: percepción de síntomas (dolor, fatiga e insomnio), problemas psicológicos (depresión, ansiedad, fallos de memoria y concentración), problemas funcionales (reducción de actividades cotidianas, de ocio, actividad física o interrupción en la promoción profesional o educativa) y problemas sociales (familiares, de amistad y aislamiento social) (12).

Se ha observado una asociación de la FM con determinados desencadenantes: episodios traumáticos físicos y mentales como accidentes de tráfico o laborales, abuso sexual y trauma en la infancia (13, 14); tras largos periodos de interrupción del sueño como la lactancia o los primeros años de crianza; trabajos repetitivos, monótonos y precarios como los de cuidado, limpieza o peluquería; y situaciones de estrés físico o mental (13). De hecho, se ha estudiado que un 70% de las pacientes con FM presenta alteraciones de salud mental como la ansiedad o la depresión (8).

Sabemos que el dolor crónico es, en parte, una experiencia emocional, y como tal, se han de reconocer los aspectos psicológicos, sociales y neurobiológicos que participan en su modulación tales como la ansiedad anticipatoria y el miedo asociado al dolor. Estos factores están implicados en la interpretación cognitiva del dolor como una amenaza (catastrofización) que conlleva el aumento de la atención focalizada (hipervigilancia), la búsqueda de conductas de evitación y la limitación progresiva de los movimientos (14). De hecho, se ha estudiado cómo determinadas actitudes frente al dolor influyen negativamente en el pronóstico de la FM. El catastrofismo<sup>4</sup>, entendido como la evaluación negativa

---

<sup>4</sup> El catastrofismo consta de tres componentes: la indefensión (“el dolor puede conmigo”, “esto no tiene solución”), la magnificación (“mi dolor es el peor dolor del mundo”) y la rumiación (“tengo dolor, tengo dolor...”) (3).

exagerada ante una circunstancia, está implicado directamente en la gravedad del dolor. Se ha demostrado que intervenir sobre ello es eficaz para mejorar la intensidad del dolor (8).

Sin embargo, también existen estados emocionales positivos que se asocian con la reducción del dolor (analgesia afectiva) ya que producen una activación del sistema dopaminérgico encargado de la vía de gratificación producida por estímulos como el agua, los alimentos, la música, el afecto o las drogas (14). Detectamos aquí una explicación neuropsicológica del alivio que observamos en las mujeres con FM cuando empiezan a realizar actividades placenteras y agradables como salir a pasear, hablar con las amigas, ir al cine o leer.

En relación a las experiencias traumáticas, hay muchas líneas de investigación que estudian trauma y dolor. Los datos reflejan una mayor prevalencia de adversidades vitales infantiles como el abuso sexual, físico o psicológico, en personas con diagnóstico de FM (8). Otros trabajos relacionan las experiencias traumáticas en la infancia como factores importantes en el desarrollo y la persistencia del dolor crónico. Además, se ha demostrado que la existencia de un apego inseguro constituye un factor de riesgo para presentar respuestas desadaptativas como las que se dan en el dolor crónico, aumentando la tendencia a la anticipación de catástrofe (14). Estas situaciones adversas en la infancia, referidas en los testimonios de las pacientes, influyen en la carencia de recursos psicológicos suficientes para enfrentarse a acontecimientos estresantes en la vida adulta. Se han observado: déficits en la capacidad de mentalización que facilitan la tramitación somatizada de los afectos dolorosos, un patrón de apego en el adulto que impulsa la búsqueda constante de cuidado en el entorno y dificultades de introspección y alexitimia – –incapacidad o dificultad para descubrir o reconocer emociones –, lo que supone un impedimento para manejar la vida afectiva (15,16).

Parte del entendimiento que existe hoy sobre la FM viene dado de los relatos de las mujeres afectadas. Cada vez son más las que se deciden a contar su experiencia en forma de relatos, documentales u otras producciones culturales. Estamos interesadas en poner en práctica esta fuente de conocimiento subjetivo. Por su parte, el modelo biopsicosocial implica que el clínico legitime cualquier motivo de consulta, no solo los biomédicos (2).

Manuela de Madre (17), por ejemplo, política que abandonó su cargo tras anunciar de forma pública su diagnóstico de FM, explica en su libro “Vitalidad crónica” su lucha por la visibilización de la enfermedad y su propio recorrido, mostrando las dificultades para continuar con las actividades cotidianas. Otras cuestionan los límites de la normalidad asumida a través de la FM, reflexionando sobre la relación social, histórica y cultural de las mujeres con la salud, el dolor, la culpa, las renunciaciones y los cuidados. Es el caso de la entrevista a tres mujeres con FM en el documental “Indefinida Plural”(18). Una de ellas habla

del “sentimiento de culpabilidad” por no cumplir lo que esperaban de ella: *“el día que me encuentro mejor me mato a trabajar y esa es la excusa para que los demás me digan: ¡ves cómo no estás tan mal!”*. Otras echan la vista atrás a su proceso y explican la FM como *“el negarme a mí misma y a mis prioridades”, “no decir que no”, “anteponer el bienestar de los demás al tuyo propio”* o *“cuando es la mujer la que necesita ser cuidada, hay desorientación familiar y social”*. También les muestran a otras mujeres sus propios cambios: *“lo primero fue reconocerme el derecho a estar mal. el hecho de que autorices a tu cuerpo estar mal [...] Reconocerás cosas que hasta ahora han pasado desapercibidas”*.

Clara Valverde (19) recoge en su manual “Nuevos retos en la consulta” recomendaciones para mejorar la comunicación entre el profesional y la persona afectada de FM. Señala como un reto añadido “la invisibilidad, incredulidad e incomprensión” en este diagnóstico. El carácter crónico de la FM daría una falsa idea de que no es grave, añadido al “cierto folclore cultural en nuestra sociedad: *“todo el mundo está fatigado”, “a las mujeres siempre les duele todo”*, puede afectar también la manera en que el profesional ve estas enfermedades”. Recalca la importancia que tiene el profesional en el acompañamiento de estas pacientes, facilitando una reflexión autónoma de lo que les pasa. En el manual, se añaden testimonios de pacientes que explican su sufrimiento: Eva entiende que con la FM *“vamos contracorriente en todo...con la medicina, con las familias, el trabajo, todo...para mí que esta enfermedad agrava las dolencias y notas más la soledad y la incomprensión”*. Ana se lamenta: *“ya no puedo ir a buscar a mi hija al autobús del colegio. No llego hasta ahí andando. Las otras madres creen que soy una mala madre o una vaga”*. Sara se queja de que la FM *“es la peor enfermedad porque nadie te cree. No estamos recibiendo el tratamiento médico que necesitamos, ni la ayuda económica. Nadie nos está ayudando”*. Begoña considera *“[...]que el personal sanitario no está al corriente...hay poca comprensión hacia los síntomas y se confunden con otras enfermedades, incluso me dicen que son cosas mías”*.

Dresda Méndez de la Brena (20) recoge en su fotolibro “Arte de vivir con un cuerpo dolorido” las voces narrativas de nueve mujeres con FM conjugadas con fotografías. Se trata de poner en común distintas perspectivas sobre qué es y qué se experimenta por enfermedad y cómo es vivida por las mujeres. Una de las preguntas que la investigadora se hace al inicio es: *“¿Cómo el padecimiento doloroso se inscribe y co-produce en determinadas condiciones de vida situadas y atravesadas por distintos ejes de opresión? ¿cómo viven las mujeres, cómo se cuidan y atienden?”*. Algunos testimonios que podemos destacar: *“[...] me dijo que no me podía aconsejar qué hacer porque no había mucho que pudiera hacer por mí”, “[...]yo no vivo en este tiempo y estoy condicionada a un tiempo que me han inventado. Los doctores me han estructurado la vida: cuándo comer, cuándo tomar medicamento, cuándo ir a consulta [...] Yo vivo a destiempo, y no es que quiera hacerlo, pero vivo en otra temporalidad”, “la fregona es*

*un demonio, por muy bonita que me la compre. Dicen que es la enfermedad de la mentira, de las vagas, pero si supieran lo que duele solo pensar en coger la fregona.”*

## **2. Las aportaciones del feminismo**

El feminismo, como teoría crítica, tiene el interés por comprender los mecanismos por los cuales lo político y lo social conforman subjetividades. El objetivo de las epistemologías feministas será pensar el por qué la diferencia sexual se transforma en desigualdad social (21).

Por un lado, trabajamos con las aportaciones de autoras feministas que no incluyen la dimensión intrapsíquica, centrándonos en la dimensión política de sus investigaciones. Destacamos a Clara Valverde en su activismo político y su estudio sobre necropolítica, Dresda Méndez de la Brena con el análisis que hace de la FM en su tesis sobre los “Los Estados mórbidos” y a Margot Pujal al estudiar la relación entre la participación en asociaciones políticas de mujeres con FM y la modificación de sus narrativas frente al dolor.

Por otro lado, contamos con los trabajos de autoras que incluyen la dimensión intrapsíquica e intersubjetiva en el análisis feminista para poder entender cuáles han sido las opresiones que han sido internalizadas por las mujeres con FM que ahora tienen un papel relevante en las diferentes formas de relación que encontramos y que ayudan a perpetuar el dolor, destacando a Nora Levinton y Jessica Benjamin, entre otras.

Comenzamos con el concepto de necropolítica que utiliza Clara Valverde (22) para analizar la situación en la que viven las personas con “cuerpos excluidos” por el sistema neoliberal, profundizando en los pacientes con síndromes de sensibilidad química, entre los que se incluye la fibromialgia. Valverde denuncia cómo el neoliberalismo actual excluye mediante sus políticas a aquellos cuerpos que no son rentables para el sistema, y para ello no es necesario utilizar mecanismos de violencia directa, sino que se desarrollan medidas para acelerar su muerte, políticas de “*violencia discreta*” que les convierte en “*muertos vivientes*”. La necropolítica se basa en la idea de que para el poder unas vidas tienen más valor que otras. Por ejemplo, si uno pierde el trabajo o enferma, las políticas neoliberales lo descartan como si fueran parásitos. Aun así, la autora plantea que los excluidos a pesar de estarlo siguen siendo una amenaza para el sistema porque, sin proponérselo, actúan como “altavoces” que ponen en evidencia las injusticias del neoliberalismo. Son un peligro por el potencial de inspirar al resto de la sociedad lo que ella llama “*empatía radical*” y la repolitización. Se trata de la conciencia de que el excluido también puedes ser tú, ya que las políticas neoliberales no distinguen. Como ejemplos utiliza síndromes como la fibromialgia,

apuntando a las políticas de desgaste como factores determinantes para que sean las mujeres las que más sufren este tipo de patologías. Denomina altavoces somáticos a los cuerpos doloridos de las mujeres que denuncian, a través de su dolor, cómo el sistema neoliberal daña los cuerpos, produce lesiones de vida. Señala como participante al propio sistema sanitario hegemónico, que les dice a las mujeres cómo han de vivir su dolor, constriñendo las propias narrativas. El discurso médico hegemónico ha hecho a las mujeres “heroínas” del dolor, esperando que lo aguanten sin protestar.

Se trata de dolores invisibilizados con discursos: *“mujer, controla tú misma el dolor y sé positiva”* o *“pues qué buena cara tienes”*, que facilitan el desplazamiento de un desgaste colectivo a un problema individual (23, 24).

Valverde toma el concepto de enfermedades invisibles de otra teórica feminista, Carme Valls (25), quien lleva años produciendo conocimientos sobre el dolor crónico en la mujer. Valls denuncia la falta de investigación en cuanto la patología es predominantemente sufrida por las mujeres. Además, señala que *“el ideal femenino”* donde callar y ser sumisa está socialmente valorado, sin permitir la expresión de los propios deseos, hace que *“la rabia quede soterrada en la musculatura”*. Toma como ejemplo un estudio que demuestra que el estrés mental y los trabajos de componente emocional como los de cuidado, principalmente ejercidos por mujeres, son los que producen más alteraciones por contractura, en especial en la parte superior de la espalda (3).

Dentro del discurso neoliberal, Sara Ahmed (26) destaca la promesa de la felicidad como instrumento que posibilita la reorientación del deseo individual hacia el bien común, siendo este último aquel que garantice la estabilidad del sistema y la división de poderes actual. Por tanto, los guiones de género pueden pensarse como “guiones de felicidad” que ofrecen un conjunto de instrucciones acerca de aquello que hombres y mujeres deben hacer para ser felices. Se trata de una alineación del deseo de la mujer. Para la mujer, la felicidad se vincula a la renuncia del deseo: elegir entre felicidad o vida. Ahmed afirma: *“a algunos sujetos se les exige adoptar las causas de felicidad de otros”* y pone como ejemplo a la hija, que para ser feliz debe ser buena, ya que ser buena es lo que les hace felices a sus padres y ella no puede ser feliz si ellos no lo son.

Continuando el análisis necropolítico, destacamos el reciente trabajo de Dresda Méndez de la Brena (27) que escoge la fibromialgia como padecimiento que resulta de la intersección de las opresiones que el biopoder, la necropolítica y las disciplinas de género ejercen sobre los

cuerpos contemporáneos. Acuña “estados mórbidos”<sup>5</sup> para explicar cómo el sistema necropolítico neoliberal ha evolucionado para sacar el máximo rendimiento económico a todas las vidas posibles, incluso las de los excluidos y marginados. Señala a las estructuras morbo políticas neoliberales<sup>6</sup> (productividad, eficiencia y temporalidad) como responsables de la extracción de la vitalidad corporal. Tras una justificación teórica pormenorizada de las formas de poder en nuestra sociedad actual, Méndez de la Brena propone que para entender los síntomas de las enfermedades contemporáneas como la FM es necesario ir más allá del cuerpo individual con dolor, y entenderlos como “*nuevas gramáticas de malestar corporal*” ligadas a las violentas prácticas del sistema capitalista neoliberal, sus disciplinas de poder y de género. Los imperativos de género asignados a las mujeres: ser las garantes del sistema de cuidados, la sumisión o las violencias ejercidas en las relaciones personales y familiares, entre otros, hacen que sean ellas las que mayoritariamente lleven en sus cuerpos el agotamiento y el malestar producido por las estructuras de poder. Por eso, la autora propone a la FM como la enfermedad de nuestro tiempo, que conjuga las opresiones de género y poder ejercidas por el sistema capitalista neoliberal dentro del marco que ha denominado como “estados mórbidos”.

Por último, dentro de las autoras feministas que destacamos por su aportación a la dimensión política de nuestro ECRO se encuentra Margot Pujal (28), quien analiza cómo la transformación del malestar corporal en un malestar psicosocial hace que muchas mujeres mejoren su calidad de vida. En su trabajo, pone en evidencia que las personas con diagnóstico de FM que participan en organizaciones de pacientes encuentran la necesidad de incorporar las dimensiones de género, desigualdad social y relaciones de poder en el estudio de este padecer. Las asociaciones para pacientes, en este sentido, son construidas como “*rompedoras del encierro y aislamiento doméstico*” propios del modelo tradicional. El intercambio que se produce en estos espacios “*legítima al sujeto para que escuche su cuerpo y lo piense como parte de una misma, y no como escindido del yo*”. Hace especial mención a la conciencia de las mujeres con FM de su propia vulnerabilidad social al desempeñar el rol de género “ser para otros”, generando culpabilidad y aumento del dolor.

Por otro lado, necesitamos las aportaciones del psicoanálisis feminista para entender cómo algunos mandatos de género propios del sistema capitalista, neoliberal y patriarcal son

---

<sup>5</sup> Explica que la morbilidad es el ensamblaje contemporáneo destinado a la extracción de la vitalidad y a la obtención de plusvalía de cuerpos que, de otra forma, serían desechables para el sistema. Los “estados mórbidos” serían una forma de muerte en vida, en la que prestas tu salud y tu cuerpo a cambio de la falsa promesa de felicidad, bienestar, libertad y autorrealización.

<sup>6</sup> Ya no es necesario un sistema opresor que ejerza su poder mediante la disciplina, el mandato externo o la promoción, sino que se establecen otros mecanismos más sutiles por los que es el propio individuo quien se autoexige y autorresponsabiliza de mantenerlo.

internalizados por las mujeres y de qué manera repercuten en los diferentes malestares que presentan, incluyendo el dolor crónico característico de la FM. Necesitamos entender cuáles son los mecanismos psíquicos por los cuales estos mandatos pasan a formar parte de la identidad de algunas mujeres y qué relación tienen con el dolor. Para ello nos apoyaremos en las concepciones teóricas de feministas que se podrían incluir en lo que Mitchell y Greenberg (29) llamaron “psicoanálisis relacional”<sup>7</sup>. Mitchell (30) propone el concepto de “matriz relacional” para superar la dicotomía entre lo interpersonal y lo intrapsíquico, describiendo al sujeto como si estuviera conformado por una matriz de relaciones con los demás en la que existen tensiones continuas por la lucha entre conservar nuestros lazos con los demás y diferenciarnos de ellos.

Jessica Benjamin (31) nos plantea el problema de la dominación que nos permite pensar la búsqueda de reconocimiento de la mujer desde un lugar de subordinación. La dominación y la sumisión resultan de una ruptura de la tensión necesaria entre la autoafirmación y el reconocimiento mutuo. Esta tensión<sup>8</sup> permite el encuentro entre dos sujetos con agencia, como iguales soberanos. Benjamin detalla cómo se produce la ruptura de esta tensión relacional, desde la dimensión subjetiva, en la diferenciación de géneros. La balanza se desequilibra a favor del hombre, quien es reconocido socialmente como sujeto, mientras que la mujer quedaría en un lugar complementario, subordinado, sumiso, dependiente. Esta diferencia de género no es algo natural ni intrínseco, sino que está motivado por complejos mecanismos sociales, políticos, culturales y económicos, que quedan internalizados y forman parte de la subjetividad. La mujer, desde este lugar de sumisión, continuará buscando el reconocimiento de su propio deseo. La dominación no reprime el deseo de reconocimiento, sin embargo, debe buscar vías alternativas como son el sometimiento o la identificación con los otros poderosos que personifican la fantasía de omnipotencia. De esta forma, encontramos a mujeres con fibromialgia que su manera de estar en el mundo es siendo “imprescindibles”, estando para todo. Que los otros “te necesiten” sería una forma de encontrar el reconocimiento que les es negado. Asunción González (32,33) habla de la mujer “*superwoman*”, aquella que desde un lugar de omnipotencia (“puedo con todo”) encuentra la única forma de sentirse válida o reconocida y propone el malestar físico como una “*vía para aflojar o pedir ayuda*”.

---

<sup>7</sup> Rama contemporánea del psicoanálisis que revisa algunas cuestiones de la teoría clásica freudiana como la teoría pulsional. Pasamos de entender a la persona en su individualidad y su mente como fuente de origen de todos los conflictos psíquicos (modelo intrapsíquico) a una teoría relacional en la que el centro de interés es la relación misma, el campo de interacciones.

<sup>8</sup> En la relación con los otros, el reconocimiento sólo puede provenir de un otro, al que nosotros, a la vez reconocemos. Se produce entonces la “paradoja del reconocimiento”: la necesidad de ser reconocidos nos hace, irremediabilmente, depender de un otro que te reconozca, generando una lucha por el control.

El trabajo de Nora Levinton (34) también nos ayuda a entender cómo se ha construido la subjetividad de la mujer desde ese lugar de subordinación. Nos interesa la adscripción a algunos mandatos de género que muchas mujeres con FM viven como un ideal y cómo estos son factores que influyen en su propio malestar. Levinton estudia por qué el ideal en la mujer está en priorizar la relación con los otros por encima de otras necesidades. Propone la internalización de valores como la obediencia, la sumisión, el sacrificio, la delicadeza o la “maternalización” de las relaciones, pasan a formar parte del “ideal del yo” en la relación madre-hija. Plantea que es aquí donde originariamente se creará el esquema relacional: “*si soy buena, mi madre me quiere*”, que posteriormente se podrá repetir en sucesivas relaciones. La represión de la agresividad se incorpora también como ideal en el psiquismo de la mujer como mecanismo para sostener las relaciones, ya que difícilmente van a pelear por sus propios intereses cuando éstos pueden entrar en conflicto con los intereses del otro, que es quien les va a reconocer, valorar y querer. Existe así, desde muy temprano, una alta valoración narcisista del cuidado, inscribiéndose como organizador de la identidad femenina. La autora dedica especial atención al sentimiento de culpa que se genera cuando este ideal no es satisfecho. Los sentimientos de rabia, agresividad o ira están autocensurados para garantizar la relación con los otros como necesidad prioritaria.

Las aportaciones de Mari Luz Esteban y Ana Távora (35) van en esta línea de la necesidad de afiliación, aunque en este caso se centran en la priorización de la relación de pareja por encima de otras relaciones. La idea del amor romántico como una relación donde sentirse refugiada para encontrarse a una misma, con la aspiración a una pareja eterna y duradera que cubra sus necesidades y supla sus carencias. Plantean que este tipo de relación “fusional” ayudaría a evitar cuestiones como la soledad, los deseos propios o las limitaciones. Definen el “vínculo subordinado” como el tipo de relación que se caracteriza por la ubicación de las mujeres en un lugar de carencia o necesidad, mediante la incorporación en el psiquismo de mandatos de género como la importancia de los otros en la construcción de la identidad o los miedos al desarrollo del propio deseo de individuación. Estos mandatos quedan incorporados en forma de ideal de mujer, produciéndose una identificación y un deseo de ser este tipo de mujeres.

En suma, nos interesa conocer la dimensión política y social de la FM incluyendo las opresiones específicas que existen por el hecho de ser mujeres. Cómo influyen en la manera de conformar las fantasías inconscientes, en la construcción de la subjetividad o en las diferentes formas de vincularse. Más adelante, el diálogo entre el feminismo y la psicología social nos dará “instrumentos para hacer visible a través de qué mecanismos esta desigualdad social da lugar a un tipo de relaciones significativas, donde se internaliza la

sumisión como forma particular de entender los vínculos en las relaciones con el mundo, con los demás y con una misma” (36).

### **3. Las aportaciones de la psicología social**

La psicología social y la teoría del grupo operativo forman parte de las herramientas de nuestro ECRO con las cuales podemos comprender la FM desde su dimensión familiar, social, cultural, económica y política. Evitamos el análisis clásico de los problemas de salud que responde a complejos mecanismos con causalidades lineales y mecánicas. La psicología social nos aporta los conceptos de necesidad y de vínculo por los cuales entendemos al sujeto en su esfera social; la importancia del grupo familiar en la construcción de patrones relaciones del adulto; la significación del síntoma en su contexto socio-histórico; los conceptos de emergente y portavoz que nos permiten pensar la relación dialéctica entre el individuo y su entorno; y una metodología para investigar la salud y la enfermedad en articulación con los diferentes ámbitos donde surgen.

El concepto de necesidad propuesto por Pichon-Rivière es básico para entender la concepción de sujeto con la que nos manejamos a la hora de entender la FM. La psicología social<sup>9</sup> reformula conceptos clásicos del psicoanálisis, como la pulsión o las relaciones objetales, pasando de una teoría instintivista a su teoría del vínculo. Pichón plantea que el motor psíquico del sujeto es la necesidad y no la pulsión. Es decir, desde que nacemos el ser humano se encuentra en una situación de altísima vulnerabilidad. Tras el parto, el sujeto pasa de un estado de completud y bienestar a uno de carencias y faltas. Por tanto, el motor que movilizará al sujeto, desde el momento del nacimiento y durante toda su vida, serán las necesidades (5).

El grupo familiar será el primer espacio relacional donde el sujeto tenga experiencias de satisfacción y frustración de sus necesidades. Desde un primer momento, el sujeto vivirá situaciones de frustración, por ejemplo, cuando tiene hambre pero nadie le da de comer, que servirán de proto-aprendizaje para próximas relaciones. Dependerá del sujeto, del momento histórico-social y del otro en relación, para que una persona tenga más o menos momentos de gratificación o de frustración. Serán estas experiencias las que queden internalizadas en forma de vínculos “buenos” y “malos” y que servirán como esquema para

---

<sup>9</sup> La psicología social se nutre del materialismo histórico y entiende al sujeto como un ser social materialmente producido y productor. Descarta otras concepciones filosóficas que explican la realidad a partir del individuo, siendo éste su unidad básica de estudio, y por tanto dándole prioridad a la construcción psíquica de la realidad más que a la realidad en sí.

futuras relaciones. Para Pichon-Rivière (37), el vínculo es una relación de ida y vuelta. A diferencia de las relaciones objetales que plantea Melanie Klein (teoría clásica), el vínculo es una relación dialéctica entre dos sujetos, ambos contruidos por un mundo interno y otro externo. Además el vínculo es siempre un vínculo social. A través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y espacio.

Las necesidades por las que se mueve el sujeto estarán determinadas por la situación social e histórica que le haya tocado vivir. Su conducta irá dirigida a modificar el mundo externo y cubrir así su necesidad, es decir, producir una realidad que le lleve a la satisfacción. A la vez, el mundo externo transformará al sujeto en esta relación. Por tanto, el sujeto será productor de la realidad y a la vez producido por ella. Se trata pues, de una relación dialéctica entre el sujeto y el mundo externo. Pichon-Rivière sostiene que a partir de la necesidad se comprende el carácter social de la esencia del sujeto. El bebé, cito: “es un ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan. El sujeto no es solo un sujeto relacionado, es un sujeto producido” (38). Esta relación dialéctica entre lo social y lo individual es el fundamento de la construcción histórico social de la subjetividad. En este sentido, entendemos al sujeto como un ser de necesidades que se resuelven con los otros en relaciones que lo determinan.

La estructura social no determina la necesidad, pero sí condicionará la posibilidad y el desarrollo de la misma, orientándola o no hacia la búsqueda de satisfacción en función de las oportunidades socialmente disponibles (5).

Con la necesidad como fundamento ontológico, Pichon-Rivière (39) entiende la psicología como eminentemente social, en esta relación dialéctica que mencionamos entre lo interno y lo externo y que construye la subjetividad. Ana María Fernández (40), plantea la necesidad de incluir la dimensión política en la construcción de la subjetividad: “el otro desde donde se constituye el sujeto no es otro en general sino que es otro superior o inferior”. Señala que la subordinación de la mujer tiene una relación directa con la construcción histórica de una subjetividad “propiamente femenina” entre cuyos rasgos destaca el posicionamiento de “ser de otros”<sup>10</sup> en detrimento de “ser de sí”. Afirma que existen formas de “tutelaje” actualizadas, mucho más invisibles pero no menos eficaces. Las marcas de opresión quedan inscritas en los cuerpos y las subjetividades de las mujeres: “ya nadie nos impide circular por el mundo, solo que necesitamos hacerlo con la aprobación de un hombre, para sentirnos

---

<sup>10</sup> Fernández analiza algunos mitos sociales como la naturalización de la ecuación mujer=madre, el amor romántico o la pasividad erótica femenina que construyen significaciones sociales y generan argumentos y estrategias institucionales para garantizar la desigualdad de poderes, con uno de sus pilares fundamentales en la producción y reproducción de este tipo de subjetividad “femenina”: ser de otro.

más seguras”. Estos mecanismos de control, nos dice, no son invisibles, sino que quedan invisibilizados por complejos procesos sociohistóricos.

Durante la Modernidad, la invisibilización de los aspectos de la subordinación de género se realiza a través de su naturalización. Se consolida el discurso de “naturaleza femenina” como frágil, emotiva, dependiente, instintivamente maternal y sexualmente pasiva. Sin embargo, el paso a la posmodernidad también ha llevado a cambios sociales como la actual deslegitimación de las desigualdades de género, observándose transformaciones y redefiniciones de los lugares sociales de hombres y mujeres con las consiguientes modificaciones en las nuevas subjetividades que entran en conflicto con las previas<sup>11</sup>. Se producen altos conflictos tensionales en cuanto a las distribuciones de tareas, relaciones de poder en la pareja, regímenes de fidelidad o las funciones de la paternidad, entre otras. Las mujeres no solo se van a encontrar con grandes resistencias y enfrentamientos cotidianos con sus parejas, hijos, padres o incluso ellas mismas. La crisis en la institución familia-conyugalidad no es exclusivamente afectiva, si no abarcan intereses materiales e involucran a las relaciones de poder.

Ana María Fernández (40) analiza de una forma dialéctica cómo la dimensión política construye subjetividades y cómo los sujetos a través de sus propias tensiones internas buscan modificar su mundo exterior, produciéndose así de nuevo transformaciones en la esfera social y política.

En esta línea, la psicología social habla de “individuo en situación” para referirse a que el sujeto no se desarrolla de forma aislada, sino que es a través de la relación con los otros y con su contexto cómo podemos entender su complejidad. Al sujeto hay que observarle dentro de su contexto para entender su forma de enfermar. De esta forma, Pichón estudiará la enfermedad mental dentro del grupo familiar donde ésta surge. Considera que es el grupo el que enferma y el paciente el depositario de las ansiedades y malestares del grupo familiar. El enfermo es el que se hace cargo de lo que el grupo no es capaz de soportar. Así, el enfermo se presenta como portavoz que denuncia algo de lo que está ocurriendo en el grupo primario, posibilitando la salida de los aspectos negativos fuera del grupo, siendo vehículo por donde se drena la angustia familiar. El enfermo como portavoz denuncia algo que está ocurriendo a nivel social y familiar. Es el punto final de la intersección de diferentes malestares. La enfermedad, por tanto, es un emergente grupal, es decir aquello que estaba

---

<sup>11</sup> Fernández destaca cambios como: la emancipación económica de la mujer, el tránsito de la heteronomía a la autonomía erótica y el tránsito de la maternidad como eje central de la vida de las mujeres a una maternidad más acotada; que transforman y redefinen las relaciones entre hombres y mujeres.

latente, que funcionaba de forma implícita o invisible se abre paso y emerge, dándole una salida a la ansiedad acumulada (41).

Con las aportaciones de la psicología social, podemos pensar la FM no sólo como un problema individual sino como un problema que dice algo de lo que está ocurriendo a nivel social, político o cultural. La FM como emergente de un malestar que ocurre a muchos niveles más que el de la mujer que lo padece. Bleger define estos niveles como ámbitos: “la idea de los ámbitos refuerza una línea metodológica en la cual, la mirada a la relación del sujeto con el mundo interno no puede ser realiza sólo hacia dicha relación, sino también con los otros objetos externos, los vínculos, el grupo, las organizaciones, las instituciones, la sociedad” (42). Estipula cuatro ámbitos para la investigación, no siendo excluyentes entre sí, al contrario, un estudio completo del sujeto debe abordarlos todos, en su unidad y su interjuego: 1) psicosocial, 2) sociodinámico, 3) institucional, 4) comunitario.

## **OFERTA TERAPÉUTICA**

A partir de nuestro ECRO nos podemos plantear la FM como un emergente social. Por un lado, habla de las injusticias que el sistema neoliberal y patriarcal reproduce en el cuerpo de las mujeres (ámbito comunitario). Se propone como resultado de una institución sanitaria que da una respuesta parcial al malestar y acota la narrativa de las pacientes, dejándoles únicamente el lugar de la queja (ámbito institucional). Visibiliza un grupo de relaciones entre las que se reproduce el actual sistema de dominación-sumisión y da lugar a sujetos subordinados, con el consiguiente malestar producido (ámbito sociodinámico). Por último, señala las consecuencias de la internalización de algunos mandatos de género que perpetúan un ideal subjetivo: ser para otros (ámbito psicosocial). En síntesis, las mujeres con FM se muestran como portavoces de un malestar social. A través de sus cuerpos doloridos, agotados y explotados, destapan aquello que no va bien.

Proponemos una oferta terapéutica grupal para mujeres con FM del área de salud correspondiente al Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (HUVN)<sup>12</sup>. El objetivo es que puedan establecer relaciones entre el dolor y lo que les ocurre en los diferentes ámbitos de sus vidas. Construir un nuevo rol para poder ser agentes de sus vidas.

---

<sup>12</sup> En 2009 se inicia en el HUVN la consulta de “Atención Psicoterapéutica para Mujeres diagnosticadas de Fibromialgia”. Desde el 2009 al 2024, hemos modificado el encuadre de las diferentes ofertas terapéuticas con la finalidad de ajustarnos a las necesidades que tenían y tienen las mujeres que acuden a las consultas individuales y grupales. En 2020 comenzamos este trabajo de investigación que nos ha permitido realizar la propuesta de intervención actual.

Sin embargo, durante años nos hemos encontrado que la oferta no respondía a las necesidades que las mujeres nos demandaban. Consideramos necesario evaluar este obstáculo en la relación entre la oferta y la demanda para poder establecer nuevas estrategias que nos acercaran las unas (equipo coordinador) a las otras (integrantes). Para ello formulamos una entrevista semiestructurada que nos sirvió de instrumento de análisis para evaluar la demanda y modificar la relación entre nosotras.

En este sentido, Felipe Vallejo (42) nos plantea un esquema que ilustra la complejidad en la relación profesional-paciente, ampliando el campo de observación no solo a dos sujetos en consulta. Escribe:

“Hay un círculo que abarca la relación usuario-profesional pero (...) podemos integrar otro círculo que permite poder desvelar los aspectos no presentes de forma explícita, que trae cada uno de los componentes de la relación asistencial o terapéutica”.

Por un lado, las mujeres integrantes de los grupos traerán a la relación con nosotras:

- 1) un esquema referencial, con sus vínculos y relaciones interpersonales, como sujetos psicosociales;
- 2) las relaciones, aprendizajes y conflictos en sus distintos grupos de pertenencia;
- 3) sus expectativas, depositaciones y conflictos con el sistema sanitario, y en particular con los profesionales que las atendemos;
- 4) y su pertenencia como sujetos excluidos en el sistema social, político, económico en el que viven.

Por otro lado, las profesionales llevaremos a la relación:

- 1) la historia de nuestros vínculos, nuestro ECRO, nuestra idea de enfermedad y de salud;
- 2) la pertenencia a un equipo de trabajo y los conflictos derivados de ello;
- 3) nuestra inclusión en la institución, con las normas de funcionamiento de la organización sanitaria pública;
- 4) y los objetivos del sistema de salud público en relación con otras instituciones, inscritos en un marco político, económico y social determinados.

## Entrevistas semiestructuradas

Elaboramos una entrevista semiestructurada, siguiendo los ámbitos de Bleger (42), que realizamos de manera individual previo a la inclusión del espacio terapéutico grupal, aproximadamente de 3 horas de duración. Partimos con la idea de que las entrevistas pudieran servir de instrumento para investigar la demanda de las mujeres con FM y ajustarla al ECRO con el que nosotras trabajamos, considerando que este primer encuentro también pudiera ayudar a prepararlas para el espacio grupal.

Nuestra pregunta de investigación tiene que ver con si el dolor de las mujeres con FM aumenta o disminuye en relación con el tipo de vínculos. Queremos estudiar los vínculos como facilitadores de la FM, no como consecuencia de la misma. Entendemos que hay un tipo de vínculo, al que llamamos vínculo subordinado (35), que junto con otros factores influiría en la aparición del dolor crónico. También considerar la FM como emergente de la dificultad para mantener hoy, en un momento de desarrollo del feminismo, un ideal de mujer que ya no es posible vivir sin un conflicto permanente con las otras mujeres. Mujeres con FM que de alguna forma estarían “empeñadas” en mantener ideales de mujeres sometidas, se han quedado sin un lugar.

Durante la entrevista estuvimos pendientes de detectar los diferentes ejes de subordinación en sus vínculos. El eje de subordinación relacionado con la falta de reconocimiento sobre todo en el área afectiva, y el eje de subordinación relacionado con la redistribución sobre todo en el ámbito del trabajo.

El objetivo en las entrevistas es recoger el relato que las mujeres hacen de su propia vida en relación con la FM y sus subjetividades, siguiendo una línea feminista de investigación. Vamos a recoger lo que piensan sobre algunas de las hipótesis con las que partimos después de años de experiencia en el trabajo con mujeres con FM.

Comenzamos las entrevistas preguntando sobre algunos datos socio-económicos y laborales. Encontramos que una gran mayoría de las mujeres con FM se dedican profesionalmente a una labor de cuidados (ayuda a domicilio, limpiadoras...). Gran parte con salarios bajos y elevadas cargas físicas. En general, nos hablan que el trabajo remunerado les satisface: *“mi madre me decía que era mejor limpiar fuera de casa, por lo menos allí te pagan por lo que haces”, “para mí el trabajo me producía bienestar, me gustaba salir de casa, tener una rutina, contar con mi dinero”*. Un porcentaje importante de ellas están con bajas laborales por el tema del dolor y se quejan de no ser reconocidas como enfermas: *“parece que hay que ir mal vestida y con mala cara para que te escuchen, sino no te creen, no te dan la baja”, “yo quiero trabajar, pero no puedo estar cogiendo a las personas mayores porque me duele todo,*

*ya se me cayó un hombre una vez”, “a mí me gustaría que adaptaran mi trabajo, no puedo hacerlo como antes”, “en la empresa me dijeron: la chica que limpia en mi casa también tiene FM y nunca me falla”.*

Es importante preguntar por las relaciones dentro del grupo familiar primario, con el objetivo de recoger información sobre cómo se cubrieron las necesidades de apego, la imagen que se tiene de la madre y del padre, lo que observaron en la relación entre ellos, lo que pensaron sobre esta relación. El momento de recogida de información es desde la actualidad, aunque pueden incluir recuerdos. Estamos atentas especialmente a las carencias que se quedaron sobre todo en la relación con la madre y lo que se internaliza de la madre como estilo de mujer.

Observamos muchos testimonios sobre madres poco afectuosas que estaban más pendientes de la relación con sus maridos, ayudando a la construcción del malentendido básico de que el amor con un hombre puede suplir las carencias primarias. Esto está en la línea de lo que observan Esteban y Távora (35) en su trabajo sobre el amor romántico, produciéndose así una articulación entre los valores sociales del patriarcado y los valores que organizan la vida familiar tradicional. Algunos ejemplos:

*“Mi madre no era cariñosa, yo intento ser diferente a ella, aunque mi hija no entiende que me duele todo y no puedo darle abrazos”, “yo no he querido ser como mi madre, pero soy como ella. Siempre he visto a mi madre deprimida y llorando”, “yo nunca he querido a mi madre. Mi madre era muy buena, pero solo pensaba en ella”, “mi madre es buena pero tonta, no quiero parecerme a ella. Hacen lo que quieren con ella, evade los problemas.”*

Observamos historias de carencias en la infancia, algunas contadas como si estuvieran viviéndolas ahora: *“mi madre nunca me ha dicho te quiero, es algo que llevo arrastrando toda mi vida”, “no tengo recuerdos con mi madre”, “mi madre cuando está conmigo siempre es para quejarse, cuando mejor me porto con ella, peor me trata”.*

En algunos casos, hay otras figuras significativas que reconocen como un ideal, pero que señala la relación que tenían con sus madres: *“yo me refugiaba en mi abuela por el tormento de la relación entre mis padres. Mi madre me tenía envidia porque mi abuela me dio los cuidados que a ella no le dio”.*

En los casos en los que la madre ha sido un ideal a seguir, nos interesa el estilo de mujer que queda internalizado: *“muy pendiente de todos menos de ella”, “sufrió mucho, pero era muy dura. Trabajaba mucho, pero no se le valoraba. Siempre he querido ser como mi madre”, “se sentía orgullosa cuando conseguí mi trabajo, veía que podría ser libre”.*

Muchas de ellas nos hablan de una relación de maltrato hacia su madre: *“mi padre maltrataba a mi madre, ella luego desfogaba conmigo, decía que aguantaba por mí”* *“yo le decía que nos fuéramos al pueblo para no estar a solas con mi padre. Me cabré porque mi madre no diera una patada y dijera me voy con mi niña de aquí. Mi madre no fue valiente”*.

En la línea de lo que plantea Benjamin (31) cuando habla de la identificación que las niñas hacen con sus padres como una vía de separación con la madre y al crecer, idealizan al hombre que tiene lo que ellas nunca tendrán: poder y deseo. Nos encontramos con los relatos de muchas mujeres que sienten que aunque sus padres no participaron en su crianza, no estaban en casa, señalan a las madres como las figuras de carencia: *“mi padre no era hogareño, porque mi madre siempre estaba pendiente. Llegaba a casa borracho pero siempre se ha preocupado por nosotras”*, *“mi padre no estaba prácticamente en casa. Era muy cariñoso, afectuoso, atento. Cuando llegaba mi madre le decía todo lo que había hecho mal y mi padre me decía que no le hiciera caso. Mi madre tenía a mi padre muy controlado porque bebía cervezas, pero mi madre no le dejaba”*, *“mi padre llegaba a casa, se duchaba y se iba al bar. Mi madre no cuidaba de él, estaba enfermo y no le cuidaba la dieta. Yo tenía más feeling con mi padre que con mi madre”*. Incluso cuando recuerdan a sus padres tal cual eran, traen el relato de sus madres perdonándoles: *“mi padre siempre estaba peleando, infravaloraba a mi madre, no le dejaba que se pintara los labios. Mi madre decía que mi padre en el fondo no era malo”*.

Dentro del grupo familiar, preguntamos también por la relación con sus hermanos/as si las tuvieron, con interés por conocer cómo vivieron la rivalidad o si sintieron que tuvieron las mismas oportunidades: *“mi hermana mayor siempre ha sido perfecta, es muy fuerte. Mi padre la colocó a trabajar”*, *“mi hermana tiene cáncer de tiroides y sigue trabajando. Yo me comparo y parezco una vaga”*, *“éramos tres. Mis hermanos se fueron a estudiar, yo me quedé sola. Me dieron una beca, pero mi padre no me dejó”*, *“yo era la mayor, he hecho de madre y de hermana, de todo. He tenido menos oportunidades que mis hermanos. A ellos le echaban cosas los reyes magos y a mí nunca me trajeron nada. Yo trabajaba y compraba la ropa de mis hermanos, lo primero eran ellos”*, *“tenía que sobresalir para que se me viera algo, para existir. Con 7 años cocinaba, lavaba a mano... mis hermanos no hacían nada en casa”*.

Investigamos las relaciones de pareja y les preguntamos cómo se sienten con ellas, si se sienten apoyadas, respetadas, valoradas, queridas. Cómo de importante son para ellas las parejas, qué lugar ocupan en sus deseos o ideales. Analizamos qué necesidades se pueden estar cubriendo en estas relaciones. Exploramos los deseos de autonomía y si la pareja los potencia o reconoce. Cómo ha afectado la fibromialgia en esta relación y especialmente nos interesamos por la sexualidad.

Es habitual encontrar muchas mujeres que no observan ningún conflicto en esta relación por sentirse “apoyadas” o “comprendidas” por sus maridos. Sin embargo, nos hablan de la insatisfacción en áreas como la sexualidad o la autonomía que sienten con ellos: “él piensa que no vale ya como marido, pero yo le quito importancia”, “relaciones sexuales muy pocas, le satisfago a él y ya está”, “siempre uno tiene que ceder en la relación, y casi siempre soy yo”, “a veces lo intento por él, él tiene deseo y yo me esfuerzo”, “mi marido siempre ha tenido sus hobbies y yo le he acompañado. Yo no los he tenido, siempre he estado supeditada a él, pero al final me han gustado sus hobbies”.

Nos planteamos como hipótesis que la negación de la insatisfacción con sus parejas aliviaba el conflicto existente entre sus deseos de autonomía y el ideal de “buena esposa”, como una mujer nos decía: “los papeles los invertimos, yo trabajaba fuera y él cuidaba de mis hijos. Ahí me equivoqué. Las mujeres que se quedan con sus hijos son más valoradas. Ojalá hubiera sabido que eso me iba a pasar factura emocional y física”. En otras mujeres, las relaciones de pareja han servido para huir de la familia de origen donde han vivido grandes carencias o situaciones de maltrato hacia ellas o hacia sus madres, en algunas, estas relaciones de maltrato se han vuelto a repetir con sus parejas: “yo me casé para huir de mi casa”, “me fue infiel, me pegó, me estampó contra un coche, acabó muy mal”.

De nuevo, vimos cómo las carencias de apego se intentan resolver en estas relaciones: “para mí tener pareja y familia es importante. La familia que nunca tuve en mi casa, me gustaría tenerla ahora”, “di en exceso y esperaba que me correspondiera”, y cómo el dolor puede servir para resolver conflictos: “con mi marido no tengo relaciones sexuales desde hace años, ahora dormimos en habitaciones separadas porque con los dolores estoy muy incómoda, él ronca y me pone muy nerviosa”, “en las faenas de la casa mi marido se mete mucho, porque yo ya no puedo”.

También nos interesó explorar si se había podido dar el paso de ser hija a ser madre. Esta dificultad de transición la pudimos observar en algunas mujeres que reproducen el rol de hijas con sus maridos, buscando principalmente el cuidado o la atención en estas relaciones: “a veces quiero que mi marido tirara más de mí”, “sola no puedo estar”, “creo que me quiere, pero claro me tiene que duchar y bañar, entiendo que se canse de mí, pero es que no hay otra”. Otra forma de explorarlo fue preguntar por sus necesidades afectivas y observar las identificaciones con sus hijos/as por no haber podido salir de este lugar.

En las relaciones con sus hijos/as, evaluamos cuánto de la representación propia estaba construida como madre, qué espacio mental ocupaba la preocupación por ellos: “mis hijos son lo primero”, “les doy libertad, pero los tengo que no me los toquen”. La representación

que tienen de ser madres, identificándose o separándose de la idea que tuvieron con sus formas de ejercer la maternidad: *“mi hermana nunca ha visto bien que dejara a mi hijo en la guardería. Decía que iba a ser un gamberro porque no le dedico tiempo”*. En muchas ocasiones queriendo resolver las carencias que ellas sintieron: *“mis hijos no van a pasar lo que yo”, “a mi me quitaban la merienda en el colegio y mi madre no hizo nada. Yo me planté en la delegación porque a mi hijo le pegaron en el instituto. No me parezco a mi madre”*.

Exploramos la relación con ellas mismas, les preguntamos qué tipo de mujer dirían que son, cómo piensan a otras mujeres que no siguen el patrón de mujer subordinada. Nos interesan cuáles son sus deseos o qué sienten que necesitan.

Las mujeres nos responden con un antes y un después en sus vidas desde que padecen la fibromialgia: *“yo antes era de salir con mis amigas y pintarme. Ahora ya no puedo, soy de mi casa”, “antes reunía a todo el mundo en mi casa y lo preparaba todo. Ahora no puedo cuidar de nadie”*. Nos hablan de los miedos a la soledad, a la pérdida del amor de los otros, de la insatisfacción con sus vidas y la resignación: *“soy una amargada”, “tengo miedo a que se harten de mí y me dejen sola”, “me dan ganas de decir las cosas como las siento, pero mi temor es perderlos”, “no me gusta la vida que llevo, pero son las circunstancias”*. En otras se observan deseos fantaseados de omnipotencia, frustrados por la enfermedad: *“deseo estar bien, ponerme a trabajar, lo que hace una mujer en su casa, tener tiempo para hacerlo todo”, “deseo salud y trabajar hasta los 98 años”, “mi mayor deseo era tener mi casa y no depender de nadie”*.

Durante las entrevistas, prestamos especial atención en explorar cómo puede estar incluida la envidia o la rivalidad en la relación con las otras y ver si la otra (mujer) es amenazante porque puede poner en entredicho la representación que tienen de sí mismas. También pensamos, que si el ideal sería el de mujer subordinada sin conflicto visible, la relación con otras mujeres puede vivirse como peligrosa porque puede que se vuelvan *“rebeldes”*. Por ejemplo, una mujer nos decía: *“mi madre no me dejaba tener amigas, decía que te extravían, te desvían del buen comportamiento”*.

Una forma de explorar esto es viendo las dificultades para ser una más y no vivirse como la mejor, la más destacada: *“ya no salgo con mis amigas a andar porque no me siguen el paso”, “cuando se murió su marido no me llamó a mi primero, llamó a otra amiga. Conmigo no contó para el funeral. Yo no era nadie para ella, no era su mejor amiga”, “no creo que haya tenido buenas amigas, yo he dado todo de mí para ser buenas, he dado más que ellas, si íbamos a la playa yo ponía el coche, la gasolina... no me he sentido correspondida”*.

Es muy habitual observar en los grupos las pocas relaciones de amistad que tienen y en consecuencia, los pocos espacios que tienen para ser contrastadas: *“las amistades cuando te ven fastidiada ya no quieren saber nada de ti”, “las mujeres me saludan para cotillear y yo no tenía tiempo para eso. Nunca le he quitado tiempo a mis hijos”, “a otra mujer le han diagnosticado lo mismo que a mí. Ella es esbelta, guapa, se arregla mucho, sale a correr. La gente nos compara, me dicen que tengo que ser fuerte”*.

En la línea que apunta Dolores Juliano (43), observamos cómo se sancionan las relaciones con otras mujeres para potenciar relaciones heterosexuales hegemónicas: *“yo si salgo, salgo con mi marido, si no me quedo en casa”* *“mis amigas me envidiaban porque era feliz, tenían celos de mi pareja”*.

En el ámbito laboral, nos interesa conocer cómo ha influido en la organización de sus vidas el rol de mujer trabajadora, prestando atención a la idealización de sí mismas. Aunque encontramos mujeres que dicen estar satisfechas con sus trabajos, pocas se sienten reconocidas y con unas condiciones laborales dignas. Son comunes las narrativas que señalan el sobre esfuerzo, como si no se pudiera funcionar siendo “una más”, a costa de su salud: *“me desvivía por mi trabajo, me preocupaba mucho, de más”, “he dado mucho en mi trabajo, tengo una contractura porque me callaba mis limitaciones y daba un poco más”*. Muchas relacionan el trabajo con la independencia y la autonomía: *“me sentía feliz saliendo cada día de mi casa a trabajar. Podía ayudar económicamente en casa, a mi marido, a mi hija y ahorrar”, “he dado todo por mi trabajo, me sentía importante, donde podía ser yo”*. Sin embargo, esta satisfacción supone un conflicto con el tipo de mujer que algunas tienen idealizado, en el que ser un sujeto autónomo no es la prioridad y además pone en peligro otras relaciones de cuidado: *“al principio me sentía querida por mi marido, pero la relación se afectó cuando empecé a trabajar a jornada completa. Yo estaba muy atareada y no me di cuenta de que mi matrimonio se iba pique”, “mi trabajo y mis hijos eran mi vida. Se acabó el trabajo y mis hijos se fueron, ¿qué es lo que me queda?”*.

Para finalizar las entrevistas, les preguntamos sobre la relación con los profesionales sanitarios. Entendemos, tras la revisión bibliográfica, que éste es un factor de malestar señalado por las mujeres. Les preguntamos sobre qué esperan de los profesionales, qué han recibido hasta ahora y qué piensan hacer con ello. La mayor parte de las entrevistadas se sorprenden ante estas preguntas: *“¿qué espero? eso deberíais saberlo vosotros”, “no me han hecho nunca esa pregunta”*. Otras parece que lo tienen claro, pero persisten en un rol pasivo con el profesional que las atiende: *“yo espero que me den herramientas para estar mejor”, “yo quiero que me digan lo que tengo que hacer”, “yo quiero volver a ser la de antes”, “voy a*

*mi médica y no me escucha, le he pedido que me mande a la unidad del dolor pero no me manda, tampoco me hace pruebas”.*

Nos encontramos a mujeres con FM que se quejan de no ser entendidas, de ser cuestionadas o de no recibir el tratamiento esperado por parte del sistema sanitario: *“a mí me dijeron que la FM no existía, que eso es cosa de vagos”, “por más que pide que me manden a la unidad del dolor, mi médico no me escucha, dice que tengo que aprender a controlarlo”, “yo estuve de un lado para otro, haciéndome pruebas para decirme que no tengo nada”.* Observamos que la queja funciona como única relación posible con el profesional que las atiende. Responde al mensaje restringido que reciben: *“tienes una enfermedad crónica, incurable e intratable”.* Una mujer nos contaba: *“yo misma creo que me intensifico el dolor porque me veo impotente”.*

## **El proceso grupal**

Una vez evaluadas mediante la entrevista semiestructurada, las invitamos a participar en un grupo de reflexión. Para analizar el proceso grupal, dividimos en tres momentos diferentes en función de la tarea.

### **1. Momentos de pretarea**

Para Pichon-Rivière (1), los momentos de pretarea son aquellos en los que emergen dos ansiedades básicas: miedo a la pérdida y miedo al ataque. Ante un momento de cambio, el grupo movilizará aquellas defensas estereotipadas como formas de protegerse ante las ansiedades de pérdida de aquello conocido y las ansiedades de aprender lo nuevo.

En estos grupos, nos encontramos con la negación como principal mecanismo de defensa que les ha permitido funcionar hasta ahora. Mujeres que han negado el dolor físico, el cansancio o el agotamiento, que han estado poco atentas a sus cuerpos. Esta negación podría estar funcionando con la fantasía de que “darlo todo” asegura “no estar solas” y de que el otro también estará cuando ellas lo necesiten. La negación del dolor también estaría actuando como instrumento para alcanzar la promesa patriarcal de que sus renuncias serán compensadas por “la felicidad” o “el amor”. Encontramos una alta valoración narcisista en el “puedo con todo”, que por un lado permite mantener una representación de sí mismas como “fuertes” y por otro, la búsqueda del reconocimiento de los otros desde la omnipotencia.

Algunos emergentes grupales que ilustran esto son: *“yo antes podía con todo, siempre he sido muy trabajadora. Con ocho años cargaba sacos de arroz a las espaldas”, “yo antes podía con todo y ahora soy una inútil”, “no queremos que nos vean débiles, queremos ser el pilar”.*

Se identifican entre ellas cuando hablan de cómo eran antes de la FM y cómo se sienten ahora. Se reconocen también como “las que eran antes”, mujeres trabajadoras, fuertes, que daban “el 200%” de sí mismas, sin cuestionamientos: *“yo me desvivía en mi trabajo”, “esta enfermedad no me pega a mí, con lo trabajadora que soy”, “no le he temido a nada, embarazada y subida a un tejado trabajando”.* Muestran con orgullo la negación de su propia fragilidad: *“no quiero que tengan lástima de mí”.*

Nos encontramos con mujeres que tienen organizada su subjetividad en “querer ser poderosas”. Son mujeres que han querido mandar. Sin embargo, como nos dice Mabel Burin (44), a lo largo de la historia las mujeres han sido orientadas siempre hacia la adquisición de la influencia pero no del poder. Burin llama el “poder de los afectos”<sup>13</sup> a esta capacidad de influencia que se ejerce en el ámbito privado. Para ejercer el poder de los afectos, la autora habla de dos estrategias, y una de ellas es la maternidad. Observamos cómo las mujeres con FM, a través de los cuidados, del “desvivirse” por los otros, encuentran ese lugar de influir, de “ser las reinas del hogar”. Este poder sólo opera en los vínculos de intimidad, por lo que se hace inoperativo en el ámbito público. Como emergentes grupales vemos cómo las integrantes repetidamente muestran todo lo que han cuidado como reflejo de lo influyentes que han sido, un lugar de ser únicas que han pagado con la sobrecarga de sus cuerpos, con los excesos: *“yo me pongo fatal cuando mi hija y mi marido discuten. Intento escuchar a los dos y mediar entre ellos. Si los dejo, se acaban matando. No saben resolverlo”, “mi casa es el sitio de reunión familiar, siempre he organizado la Navidad, preparo la comida e invito a todos”, “primero cuidé a mi madre, luego me traje a mi suegra a mi casa. Tenían demencia y no querían que las cuidara nadie más que yo”.*

No se trata de un poder relacionado con la potencia, es decir, hacer lo que quieres tú incluso en contra del otro, como dice Celia Amoros (45). A la mujer le habría tocado, en este reparto desigual de roles, el “poder de la influencia”. Amorós plantea cómo el patriarcado motiva a que sean las mujeres quienes sientan el dolor ajeno como propio, permitiendo mantener el lugar social marcado por los mandatos de género de sostén y trabajo reproductivo. En este sentido, en el grupo surgen emergentes de la influencia que tiene el malestar de los otros en sí mismas: *“todo lo que le pasa a mi familia me provoca malestar a mí. Si le pasa algo a mi*

---

<sup>13</sup> Se trataría de un deseo de poder en un sentido legitimado subjetiva y socialmente: “la influencia se ejerce a través del intercambio subjetivo con un fuerte componente afectivo, que inspira a los otros a tratar de seguir la opinión de quien ejerce la influencia, especialmente en cuanto a los sentido que le otorga a las ideas o los modos de pensar” (44).

*hija, estoy que no vivo”, “no quería venir al grupo porque me pongo mala al escuchar las penas de las demás”.*

Observamos cómo el fracaso del mecanismo de negación como garantía para ser felices o tener a los otros, produce sentimientos de frustración o rabia. Asistimos a numerosas sesiones, en diferentes grupos, en las que predomina el emergente de la rabia volcada a los profesionales sanitarios o a sus familiares por no sentirse comprendidas y escuchadas, unida a la frustración por “no poder con todo”.

*“A mis hijos les da igual, me dicen que me hago la víctima, pero soy de todo menos víctima”, “a mí el médico me dijo que la fibromialgia es la enfermedad de los vagos”, “todo lo achacan a la fibromialgia y ya no me escuchan, no me hacen pruebas de nada”, “me tengo que derrumbar para que me crean”.*

Sin embargo, cuando el equipo coordinador ha señalado la rabia hacia los otros “porque no te creen”, sobre todo la rabia hacia sus familiares, volvemos a observar cómo funciona el mecanismo de negación. Surge la culpa como emergente del grupo. La culpa como mecanismo para negar “lo que los otros son”, para mantener la fantasía de que el otro “estará siempre”.

*“Me siento una carga para ellos, les limito muchas cosas”, “me digo: por culpa tuya, lo que les haces vivir”, “mi marido tiene mucho estrés, llega a casa y me tiene que aguantar a mí”, “cuando los otros trabajan por mí me siento culpable, pienso: pobres”, “me entra impotencia cuando me tienen que hacer las cosas”.*

Una integrante nos contaba lo mal que se sentía al no haber organizado una fiesta a su hija para felicitarle el aprobado de un examen importante. Otras integrantes le señalaban que había otras formas de organizar la fiesta: que cada uno trajera la comida, que fuera una celebración más pequeña o incluso que se encargara otro de la organización. Ella contestaba: *“me siento culpable porque se lo merece. Pero no puedo, más quisiera yo”.*

El emergente “es culpa mía”, “soy yo la inútil” responde, por un lado, a no poder ver al otro tal cual es y negar la tristeza que acompaña a la pérdida de la “fantasía fusional” (35) donde el otro está para regularte, para quererte. Diríamos que la FM les ha puesto a mirar al otro, con el dolor que le acompaña al descubrir que el otro no es quién tú te imaginas. Por otro lado, este emergente que les señala a ellas mismas como únicas responsables de su proceso nos estaría hablando del discurso neoliberal al que apuntan Valverde (22) y Méndez de la Brena (27). “Sé fuerte, controla tú misma el dolor”, funciona desplazando el dolor colectivo a

un dolor individual, invisibiliza las injusticias del sistema y pone al individuo en el centro de la responsabilidad y la autosuficiencia.

## 2. Momentos de tarea

Llamamos momentos de tarea cuando durante el proceso grupal se elaboran las ansiedades básicas (miedo a la pérdida y miedo al ataque) que predominan en los momentos de pretarea. La tarea supone un momento depresivo, en el que se elaboran los miedos que han estado funcionando como obstáculos en el aprendizaje de nuevas formas de estar en el mundo, de vincularse (1).

En estos grupos, detectamos la tarea en la elaboración de lo que fue negado. Son momentos de tarea cuando las integrantes comienzan a elaborar algunos duelos que observamos como específicos de estos grupos. Pasamos de la rabia y la frustración a la tristeza ante la pérdida de la fantasía de “puedo con todo”. Se produce un cambio, el dolor que había sido negado ahora ya no es posible seguir negándolo. La aparición de la FM hace que la fantasía de “omnipotencia” no pueda seguir manteniéndose. Son momentos dolorosos en el grupo, donde el clima que predomina es la tristeza: *“te das cuenta de que tú también eres dependiente”, “el problema es tuyo, estás sola”, “tendré que vivir otra vida para que se me vaya la rabia de no ser yo”, “ya no existía. La FM vino para ponerme en mi sitio”, “con la FM vivo en la realidad”.*

Esta tristeza se acompaña de la visibilización de aquellos mandatos que han sido internalizados, pasando a formar parte de la identidad de cada una de ellas. Es doloroso, pero también liberador desprenderse de algunos de algunos ideales que han estado funcionando y produciendo dolor. Como emergente de esto, una integrante compartía que había descubierto que su entrega hacia los demás, especialmente con la familia de su pareja, le producía dolor pero que hasta ahora no había sido consciente: *“me siento una esclava de los demás por decisión propia”.* Ahora había cambiado de lugar, quería ser una más, con la renuncia de no ser imprescindible, dejar de ser “la buena”.

Cuando deja de funcionar la negación, empiezan a estar más atentas a sus cuerpos. Encuentran relación entre el dolor y las emociones que van sintiendo, especialmente con la decepción, la rabia o la frustración: *“cuando me frustró es cuando más dolor siento”, “el dolor te marca los pasos hasta dónde puedes llegar”, “me he dado cuenta de que no puedo ir a ver a mi hermana a la residencia todos los días. Cada vez que voy me pongo peor. Mis sobrinos dicen que soy una egoísta”.*

El duelo de que no “pueden con todo” produce cambios en la representación de sí mismas y la representación de los otros. Tal y como desarrollamos antes, la FM les pone a mirar a los otros. No es posible mantener la fantasía de que el otro también “estará para todo”. Durante esta fase del proceso grupal se elabora también la tristeza que acompaña a la pérdida de que el otro no es quien te imaginas: *“después de 40 años juntos, aún no sabe que necesito un abrazo”, “cuando lo pasas mal, crees que los demás se van a volcar contigo. Ahora me doy cuenta de que no es así”, “quieres que se den cuenta, pero no lo comprenden”*.

Conectar con la soledad, con las renunciaciones y con las pérdidas es doloroso en el proceso grupal: *“yo estoy en casa porque a él le ha convenido”, “con 12 años me sacaron del colegio para llevar la casa. Mi padre me dió una paliza cuando elegí a mi novio”, “me quedo con las ganas de que me pregunten cómo estoy”*. Sin embargo nos muestran que este dolor es diferente al dolor de la FM. Se reconocen entre ellas, cada una con su dolor y empiezan a diferenciarse y diferenciar los tipos de dolor: *“tengo que empezar a ir separando cosas”, “antes era menos exigente con mi entorno, ahora que no me quiero aguantar el conflicto es más grande, me he hartado de ser yo la que aguante”, “tengo que aceptar que cada uno es como es”, “yo empecé a vivir hace dos días y tengo 50 años”*.

### **3. Momentos de proyecto**

Diferenciamos estos momentos de la tarea y la pretarea porque son momentos en los que tiene lugar la elaboración de un plan de acción. El proyecto es posible si se han podido elaborar los miedos básicos y transitar por la tristeza que eso conlleva. Son momentos de aprendizaje, de puesta en marcha (1).

En los grupos con las mujeres con FM, los proyectos tienen que ver con un plan de autocuidado. Cuidarse más incluye estar más atentas a sus cuerpos, reconocer el dolor, poner límites, renunciar al “puedo con todo”, ser una más. Aparecen nuevos deseos y se recuperan otros que se perdieron cuando se apareció la FM.

Uno de los aprendizajes que más escuchamos en estas fases, es el de que la FM deje de ser central en sus vidas: *“que esta enfermedad sea una parte más de nuestras vidas, pero no sea lo central”, “antes de la FM no pensaba en mis límites”, “no todo me puede doler a mí”*. Comparten entre ellas otros aprendizajes que han hecho durante el grupo: *“ahora aprovecho cuando estoy bien”, “he tomado decisiones”, “ya no me voy a autocastigar”, “he aprendido a ponerle nombre a las cosas”, “me he pasado años que no he podido ser. Ahora aprendo a disfrutar de lo que puedo hacer”*.

Muchas integrantes se plantean cambios en relación con los otros. Renuncian a estar “siempre” y “para todos” como parte del plan de cuidarse más: *“el grupo me ha servido para poder decidir, para dejar de culpabilizarme y no complacer siempre a los demás”, “me quise hacer cargo de más. Estaba siempre en casa de mis padres, pero somos cinco hijos”, “yo a mis padres les he metido en una residencia”*. Este aprendizaje produce cambios en lo que se espera del otro: *“hay cosas que ya no espero que me las den”, “les quiero, pero más lejos”*.

Sienten que el soltar algunas cargas les ayuda en el dolor. Se cuidan más y aguantan menos: *“yo noto que no puedo con todo”, “como si me hubiera aflojado un poco el nudo”, “que no me afecte tanto personalmente”, “no podía pensar que necesitara ayuda. Suelto un poco de rencor”, “ahora que me he vuelto hippie (limpia y ordena menos la casa), tengo menos ansiedad, estoy más relajada”, “ya no le hago la cama a mis hijos, son mayores”*.

Aprenden otras formas de cuidarse cuando viene el dolor: *“cuando estoy mal, me cuesta reunirme con las otras”, “cuando me pasa, me tomo mi tiempo, ya no voy con la presión de estar tantas horas, estoy cómoda un ratito y me vuelvo”, “ya no me tengo que poner mala para parar”, “no me puedo apañar con lo mismo de antes. Tengo que trabajar mi bienestar, mi forma de vivir”*.

Entre los nuevos deseos, surgen la necesidad de estar informadas sobre su propio proceso. Nos piden ampliar información por su cuenta, nos preguntan por artículos, revistas, vídeos. Desean un papel más activo en su recuperación. Por ejemplo, desean tener menos medicación, algunas comienzan una dieta, otras continúan con los ejercicios de meditación en sus casas y otras se apuntan a grupos de ejercicio juntas. Es frecuente que como emergente surja el tema de la sexualidad, muchas reconocen haber recuperado el deseo. Se aconsejan entre ellas, comparten experiencias.

## **NUESTRA PROPUESTA**

Tras la investigación, el análisis de las entrevistas y del proceso grupal, estamos en mejores condiciones para elaborar una propuesta de intervención que se ajustara mejor a la demanda de las mujeres con FM.

A partir del ECRO construido, proponemos un espacio grupal de reflexión en el sentido que Clara Coria (46) plantea para un grupo de mujeres, desde la concepción operativa de grupo. Pichon-Rivière (47) decía: “te enfermas en un grupo y te curas en un nuevo grupo, siendo el grupo un espacio privilegiado para observar las interacciones entre el individuo y la

sociedad". El grupo como un espacio privilegiado para cambiar. La finalidad del grupo operativo será la movilización de estructuras estereotipadas y las dificultades en el aprendizaje y la comunicación derivadas de ellas. En esta línea, nos interesa el trabajo que realiza Victoria de Felipe (48) sobre grupos terapéuticos con pacientes diagnosticados de FM. En su tesis, justifica el espacio grupal por dos motivos: 1) las dificultades interpersonales en los pacientes con FM, con un estilo de comunicación en el que prevalecen la queja y las conductas de dolor, siendo la principal forma de relación y ocupando una parte central en sus vidas, con el consiguiente rechazo generado tanto a familiares como a profesionales sanitarios por los sentimientos de frustración e impotencia que generan; 2) la dimensión social del sujeto, siendo el grupo un espacio intersubjetivo donde elaborar conflictos favorecido por las interacciones con los otros, posibilitando la confrontación con los iguales.

La tesis de Victoria de Felipe no incluye una perspectiva feminista en el análisis de la FM. Es por ello que nos interesa la propuesta que Clara Coria (46) hace, articulando el feminismo con la psicología social. La autora parte de la Concepción Operativa de Grupos para desarrollar encuentros de reflexión, pues tienen también la finalidad de movilizar estructuras estereotipadas. La composición única de mujeres, dice, pone en evidencia lo obvio y es que "el hecho de ser mujer no es simplemente el resultado de una combinación biológica, sino de una cantidad de asignaciones y atribuciones psico-socio-culturales que van a delimitar roles y funciones". La autora describe cómo a través de los grupos de reflexión, las mujeres descubren que entre ellas se puede establecer un intercambio provechoso y productivo, reconociéndose como sujetos valiosos. Se alegraban de compartir, desarrollan juicio crítico, adoptaban una actitud reflexiva de su situación, comenzaban a utilizar la palabra con otros fines que no fueran la queja y observaban cómo ellas participan activamente en la dependencia que sufrían.

Además, valiéndonos del conocimiento que nos aporta el modelo clínico desde la perspectiva biopsicosocial, incluimos en nuestra propuesta un espacio final de meditación básica guiado por la técnica de mindfulness. El mindfulness consiste en prestar atención de manera consciente en el momento presente sin juzgar y que se utiliza en técnicas para trabajar ciertos síntomas como son los de la FM. Se ha demostrado la eficacia a corto plazo de la mejora de algunos síntomas de la FM como el dolor, el sueño, el estrés, la ansiedad y la depresión (49).

Con esta propuesta planteamos un encuadre grupal de nueve sesiones, con una frecuencia quincenal, de dos horas y media de duración. Lo dividimos en tres momentos diferentes. Una primera media hora informativa, en la que se trabajan algunos de los temas explorados en la entrevista desde una perspectiva feminista y psicosocial. La segunda parte, de noventa

minutos de duración, consiste en el trabajo grupal propiamente dicho, cuando las integrantes discuten y reflexionan a partir de la información previa y el equipo coordinador sirve de guía técnico para facilitar que se pueda establecer una relación entre el dolor y lo que les pasa en sus vidas. Tras la primera hora del trabajo grupal se hace una lectura de emergentes, articulando nuestro ECRO con el trabajo grupal de la sesión. Por último, procedemos a un descanso y un tercer momento que dedicamos a la meditación y relajación mediante la técnica del *mindfulness*.

## **MI EXPERIENCIA CON EL PROCESO**

En 2019 comencé a participar como observadora en los grupos de reflexión para mujeres con FM. En ese momento era residente de psiquiatría. Desde el inicio hasta la actualidad he podido observar en mí la transición por diferentes momentos. Comencé con ilusión, tenía ganas de aprender sobre el trabajo grupal. Esta ilusión poco tenía que ver con la FM. En un primer momento, no entendía qué podría aportarme construir un ECRO común. No podía comprender qué relación podría haber entre una serie de mujeres diagnosticadas de FM y el contexto social, político o cultural. Tampoco sabía cómo pensar la frustración generalizada tanto de profesionales, en los que me incluía, como de mujeres por la atención a esta patología. A partir de ahí, a la ilusión inicial se añadió la confusión. Sentía que me faltaban “herramientas” (como las mujeres nos demandaban) para pensar sobre esto. Empecé a observar, conforme iban pasando las integrantes por los grupos, algunos elementos comunes entre ellas: cuerpos muy trabajados, sentimientos de rabia, culpa, impotencia, mujeres con muchas necesidades de cuidar, poco espacio para hablar de lo que les estaba pasando... Por mi parte ya existía ilusión, confusión y curiosidad. Luego surgió la necesidad. Empecé la formación de psicología social y grupo operativo. Poco después incluí también la formación feminista. Pensamos en trabajar en este artículo hace ya 3 años. La investigación nos abría muchas preguntas que íbamos pensando a la vez que íbamos trabajando con las integrantes. Teoría y práctica iban de la mano. Sentí que empezábamos a estar en tarea. Pero la tarea no es estática. Terminábamos algunas sesiones preguntándonos sobre el sentido de los grupos. Muchas veces nuestros objetivos eran muy distintos a los que las mujeres demandaban, por lo que volvíamos a ponernos a pensar. Sin embargo, ya no era una vuelta al inicio, empezábamos a tener un lenguaje común. Eso que más tarde descubrí que era nuestro ECRO y las vueltas en espiral que todo proceso de aprendizaje conlleva. Nos preguntamos cómo los vínculos subordinados que la mayoría de las mujeres tenían podían estar en relación con el dolor. Pensamos cómo el conflicto entre los deseos de autoafirmarse y las necesidades de afiliación estaban en juego. A veces, dudamos si los deseos habían estado presentes o

partíamos de un déficit, que había que construir. Estas preguntas fueron modificando la oferta y, en consonancia, el artículo. Hoy puedo decir, que hemos llegado a algunos proyectos. El equipo coordinador cambia, pero la necesidad de investigar y conocer continúa, ahora en nuevos formatos. Desde hace unos meses, empiezo a coordinar el grupo. Cambio el rol. Esto supone un nuevo reto, a veces siento que estoy en el comienzo, confusa no entiendo qué pasa. Me apoyo en el trabajo previo, en el ECRO común. Hemos creado un espacio de supervisión con otras profesionales interesadas por el tema. Estos encuentros me ayudan a seguir pensando. Durante todo el proceso me he encontrado con la generosidad de Ana, quien me aporta conocimientos, experiencia y seguridad. Al final, es muy satisfactorio comprobar cómo muchas mujeres finalizan los grupos con otro estilo. Son más amables con ellas mismas, compasivas. Se encuentran con más capacidad para decir que no, poner límites con los otros. Aprender a ser una más, renunciando al lugar especial y subordinado que les otorgaba el poder de los afectos. Mujeres que nos regalan palabras como: *“he aprendido a hablar, si me callo me duele más”, “dejar peso, apartarme, no ser el pilar de mi familia”, “al veros me ha entrado un bienestar”*. Pensaba el espacio grupal como un lugar privilegiado para ellas. Ahora es un lugar privilegiado también para mí.

---

## Bibliografía

1. Pichon-Rivière E. *El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a La Psicología Social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1975.
2. Borrel I Carrió F. *El modelo biopsicosocial en evolución*. Med Clin (Barc). 2002;119(5):175-9.
3. Valls Llobet C. *Diagnóstico diferencial del dolor de las mujeres*. Mujeres y Salud. 2004;10(10).
4. Huertas R. *Locuras En Primera Persona*. Los Libros Catarata, 14 Oct. 2020: 585.
5. Muñoz, ED. “La necesidad: modelo ontológico en la teoría de Pichon-Rivière”. *Perspectivas en Psicología: Revista de psicología y ciencias afines*. 2012; 9(3): 40-43.
6. Wolfe, F et al. “Fibromyalgia: on criteria and classification”. En: Pillemer SR, ed. *The fibromyalgia syndrome: current research and future directions in epidemiology, pathogenesis, and treatment*. Nueva York: Haworth Medical Press. 1994: 23-9.
7. Valls Llobet, C. Fibromialgia: evidencias bio, psicosociales y medioambientales. Ponencia Universidad de Navarra. Upnatv, 2017. Disponible en: <https://upnatv.unavarra.es/pub/fibromialgia-carne-valls-llobet>
8. Montero EM, Roth P, Sempere M, Palop V. *Guía clínica de Síndrome de fibromialgia*. Fistera. 2016.
9. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. *EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey*. Ann Rheum Dis. 2001;60(11):1040-5.
10. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. *Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia*. Reumatol Clin. 2006; 2:S55-66.
11. Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). *Women, Work and Health*. París. OCDE; 1993.
12. Collado A, Cuevas MD, Estrada MD, Flórez MT, Giner V, Marín J. *Fibromialgia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; 2011.
13. Valls Llobet, C. *Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia*. CAPS, Universitat de Barcelona. 2008; 39(1): 87-92.
14. González M. “Dolor crónico y psicología: actualización”. *Rev Med Clin Condes*. 2014; 25(4): 610-617.
15. Ramos García J. “Fibromialgia: de la identidad en la nosografía a la rementalización del sufrimiento. Una experiencia de cinco años de trabajo grupal desde una perspectiva intersubjetiva”. *Revista Aperturas*

- Psicoanalíticas*. 2012; 042. [Citado 7 de mayo de 2024] Disponible en: <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=763>
16. Doleys DM, Doherty DC. "Evaluación psicológica y conductual". En: *Tratamiento práctico del dolor*. Madrid: Harcourt. 2001; 3:429-49.
  17. De Madre, M. *Vitalidad crónica, convivir con la fibromialgia*. Barcelona: Planeta; 2005.
  18. Boyero B, Mateos R y L. *Indefinida Plural* [Vídeo] 2009. En Vimeo. <https://vimeo.com/19181266>
  19. Valverde C, Markez I y Visires C. *Nuevos retos en la consulta: ¿qué hacer ante la Fibromialgia, el Síndrome de Fatiga crónica-EM y las Sensibilidades Químicas Múltiples? Manual de comunicación*. Barcelona: OMEditorial; 2009.
  20. Méndez de la Brena D. *Arte de vivir con un cuerpo dolorido*. Editorial Tleo: Granada; 2021.
  21. Távora A. y Yago T. "Investigando sobre la articulación entre psicología social y feminismo: el grupo de formación como instrumento para profundizar en el concepto de epistemología convergente." *Rev. Área 3*. 2021; 4 (otoño).
  22. Valverde C. *De la necropolítica neoliberal a la empatía radical: violencia discreta, cuerpos excluidos y repolitización*. Barcelona: Icaria; 2015.
  23. Valverde C. "Pues tienes buena cara": síndrome de la Fatiga Crónica. Una enfermedad políticamente incorrecta. Barcelona: Martínez Roca; 2009.
  24. Valverde C. Poner el cuerpo: necropolítica. Enfermedad y la politización del padecimiento. Canal UGR e Instituto Investigación Mujeres y Género (14 de Abril 2021).
  25. Valls Llobet C. *El dolor, capa a capa*. Mujeres y Salud. 2004; 10 (1).
  26. Ahmed S. *La promesa de la felicidad: una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Madrid: Caja Negra Editora; 2019.
  27. Méndez de la Brena D. *Corpomaterialidades del dolor. Análisis de experiencias de mujeres con fibromialgia*. Granada: Universidad de Granada. Tesis doctorales; 2021. Capítulo "Estados mórbidos: más allá del cuerpo con dolor."
  28. Pujal I-Llombart M, Mora-Malo E, Schöngut-Grollmus N. "Fibromialgia, desigualdad social y género. Estudio cualitativo sobre transformación del malestar corporal en malestar psicosocial". *Rev Duazary*. 2017; 14(1): 70-78.
  29. Greenberg J and Mitchell SA. *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard Univ. Press; 1983.
  30. Levinton N y Mitchell SA. "Conceptos relacionales en psicoanálisis: una integración". Reseña *Aperturas psicoanalíticas* num 4, 2000. [Original: *Conceptos relaciones en psicoanálisis: Una integración* (1993) Stephen Mitchell. Siglo XXI Editores, Mexico D.F]
  31. Benjamin J. *Los lazos del amor: psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós Iberica; 1996.
  32. González de Chávez A. *Estudio reumatológico y descriptivo sobre personalidad y factores psicosociales*. Mujeres y Salud. 2004; 10 (7).
  33. González de Chávez A. *La omnipotencia: riesgos de desear ser una gran-diosa madre*. Mujeres y Salud. 2010; 29: 17-20.
  34. Levinton N. *El superyó femenino: La moral en las mujeres*. España: Biblioteca Nueva; 2000.
  35. Esteban ML y Távora A. "El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas". *Anuario de Psicología*. 2008; 39 (1): 59-73.
  36. Távora A y Yago T. "Investigando sobre la articulación entre psicología social y feminismo: el grupo de formación como instrumento para profundizar en el concepto de epistemología convergente". *Rev Área 3*. 2021; 4 (otoño).
  37. Pichon-Rivière E. *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1992.
  38. Zito Lema V. *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1985.
  39. Pichon-Rivière E. "Historia de la técnica de los grupos operativos". Clase dictada en Buenos Aires (13 de mayo 1970). En *Proceso grupal* Edición ampliada. Buenos Aires: Nueva Visión; 1997.
  40. Fernández AM. *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós; 1993.
  41. Bleger J. *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós; 1976.
  42. Vallejo, F. "Teoría de los ámbitos". *Revista de psicoanálisis y psicología social*. 2013; 3.
  43. Juliano D. *Excluidas y marginales: una aproximación antropológica*. Madrid: Cátedra, 2004.
  44. Burin M. "Género y Psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables". En: Dio Bleichmar E y Burín M, editor. *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Paidós; 1996.
  45. Amorós C. *Diez palabras claves sobre mujer*. Navarra: Editorial Verbo Divino; 2006.
  46. Coria C. "Los grupos de reflexión de mujeres". En: *El sexo oculto del dinero Formas de la dependencia femenina*. Barcelona: Andróginas 21; 2014. p. 165-88.
  47. Pichon-Rivière E. *Temas de Psicología social*. Vol. 2. 1978

48. De Felipe García-Bardón V. *Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en fibromialgia: evaluación y factores relacionados*. [España]: Universidad Complutense Madrid, Facultad Filosofía; 2011.
49. López-Camacho P, Álaraz-Córdoba T, López-Rodríguez MM. *Efectividad del mindfulness como técnica complementaria en pacientes con fibromialgia: una revisión sistemática*. THERAPEÍA. :79-111.