

**CONGRESO
INTERNACIONAL DE
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL
ARTE SOCIAL Y
ARTETERAPIA**
*de la creatividad al
vínculo social*

978-84-695-6787-6



Arteterapia y Mujer: el cuerpo confrontado con su dolor.

Araceli Guiote

Palabras clave: identidad, dolor, cuerpos, psicoanálisis, clínica psicosomática, teoría feminista del arteterapia, género.

En esta conferencia, se abordará desde los enfoques: teoría feminista del arteterapia, género, la clínica psicosomática y el psicoanálisis, estados de malestar que conciernen específicamente al género. Se explorará cómo el hecho de ser mujer es determinante para sufrir procesos de somatizaciones, dolor crónico, enfermedades psicosomáticas y funcionales.

Se presenta reflexiones sobre estudios de casos, de mujeres que sufre de fibromialgia y sintomatología afines a otras enfermedades en relación al dolor corporal. El análisis de su estudio se caracterizará por intentar comprender desde el arteterapia dichos estados de enfermedad, más allá de su diagnóstico. Tiene como objetivos: promover la creación de representaciones creativas desde la experiencia del dolor y recoger conocimientos narrativos para relacionarlos con los paradigmas de los enfoques mencionados, y por consiguiente, poder construir estudios de casos con orientación teórica. Se pretende con ello, contribuir a la creación de un cuerpo teórico en la disciplina del arteterapia validado, mediante la investigación; y analizar la importancia del género como determinante de la salud a nivel individual y poblacional, para una efectiva intervención desde el arteterapia.

La metodología de los “estudios de casos”. (Yin, 2009: 18) permite llevar a cabo: “una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en profundidad y dentro de su contexto de vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes”.

Para (Flybjerg, B, 2004) el estudio de caso produce el tipo de conocimiento procedente del contexto que investiga y permite desarrollar conocimientos virtuosos o crear expertos en la materia, desde reglas extraídas y basadas en los participantes.

Se va a presentar con mayor detenimiento un estudio de caso que sufre el síndrome de fibromialgia y colon irritable, y problemas estomacales.

Este material forma parte de una fundamentación teórica basada en la práctica arteterapéutica, de una investigación doctoral con mención Europea. En la investigación interviene diferentes universidades como: Universidad de Ciencias de la Educación de Granada; Universidad Complutense de Madrid y Goldsmith College (Londres).

Fundamentación

En esta conferencia, se reflexiona sobre estados de malestar que conciernen específicamente a la mujer y se piensa sobre cómo el hecho de ser mujer es determinante para sufrir la sintomatología del dolor. Se abre el interrogante acerca de como el cuerpo de la mujer (entendiendo la singularidad de la mujer dentro de un colectivo con características similares), son objeto del dolor, y así mismo, como el cuerpo

actúa como soporte y encarna los estragos del sistema patriarcal. Se analiza las dificultades que presentan éste colectivo en relación a “los vínculos fundantes”, “represión”, al establecimiento de los “límites”, a la “separación”, la “sintomatología”, el “apego”, y otros aspectos relevantes de análisis, en las relaciones interpersonales y su vinculación con los Otros.

En este trabajo se fundamenta los efectos terapéuticos a los estudios de casos aplicados. Se ilustra que el arteterapia puede ser un tratamiento eficaz dentro de un tratamiento multidisciplinario. No pretende curar los síndromes, más aún cuando en la mayoría de los casos se ha diagnosticado como crónico, pero sí fundamentar el papel del arteterapia como una estrategia alternativa a la somatización y que puede retribuir alivio y paliación de la sintomatología manifestada en éste colectivo.

A continuación, se va a desarrollar brevemente cada una de las perspectivas o enfoques que se tienen en cuenta en este trabajo.

A la hora de intentar abordar esta compleja cuestión que es analizar las aportaciones para una clínica diferencial con mujeres, y concretamente comprender la dimensión del dolor en la subjetividad femenina que sufre el síndrome de la fibromialgia, mediante unas pautas o patrones comunes en la personalidad, no es factible penetrar en ella sin conocer en detalle las circunstancias individuales del enfermo/a y en particular, las influencias moldeadoras del afecto que el niño/a recibe en la temprana infancia. Los vínculos en la infancia constituyen factores de origen de la enfermedad, pero al mismo tiempo, para poder comprender la peculiar estructura psíquica que subyace en la mujeres que sufren de fibromiálgia hay que tener en cuenta las influencias que una cultura particular ejerce sobre el individuo.

La presentación que en este trabajo hago acerca de los rasgos de la personalidad y la enfermedad en sí, está filtrada por el enfoque psicoanalítico, en relación a la importancia de los vínculos primarios del sujeto en la relación vincular con el mundo y sus cuidadores, entendiéndolo como el proceso temporal, en el cual, se asientan unas “vulnerabilidades en la estructura psíquica” desde donde posteriormente podrán ser desencadenantes a la enfermedad, dependiendo así mismo, de otro factor principal que es la relación vincular del sujeto en su cultura y la complejidad de las relaciones en la vida adulta. Tales factores, unos en mayor o menor medida que otros, ejercen su influencia en el sujeto, caracterizado por una construcción dinámica de la subjetividad.

El concepto de “series complementarias” de Freud, reúne tanto lo constitucionalmente heredado, las predisposiciones de cada sujeto, como su historia infantil,

única e irreplicable hasta llegar a los desencadenantes que funcionan como disparadores de lo que hubiera podido no aparecer nunca o expresarse de variadas maneras. En cuanto al factor disposicional, se lo puede tomar como un “fatal destino” que nos ubica en el lugar de víctimas pasivas de lo que nos “tocó”, o como datos sobre los cuales podemos trabajar para imprimir cambios y ser protagonistas de nuestra propia vida.

Para Freud en “La vivencia del dolor” el aparato psíquico que construye es un sistema de filtros que fragmentan y de barreras que constituyen una topología de la subjetividad¹. Expone que el hablante habla con el cuerpo y el dolor dice algo de lo que no puede decir con la palabra.

Es decir, el dolor en relación a la cadena de significantes como síntoma que delata la marca de deseo que se había puesto en juego y que podía ser verbalizada.

Para el autor la reacción motriz es imposible frente a la excitación interior.

El dolor no puede ser reducido a registro sensorial porque tiene un carácter complejo. Lacan en Seminario VII dirá que para Freud el único contenido seguro del dolor es que *“nace cuando un estímulo que ataca en la periferia perfora los dispositivos de la protección antiestímulo y entonces actúa como un estímulo pulsional continuado, frente al cual permanecen impotentes las acciones musculares, en otro caso eficaces, que sustraerían el estímulo del lugar estimulado”*. El dolor implica así la idea de una barrera que ha sido atravesada y la consecuente pérdida de la protección que la misma brindaba. Esto transforma al estímulo doloroso en un continuo que se equipara al flujo pulsional.

Freud señala que del estado del deseo se sigue una atracción hacia el objeto de la vivencia y del dolor se genera una repulsión, un rechazo a mantener investida la imagen mnémica hostil. El dolor corporal genera una investidura narcisista del lugar afectado lo que vacía el yo. En relación al dolor surge la defensa² primaria. Se entiende que la defensa es un aumento de goce que produce malestar. La defensa contra la pulsión exige un esfuerzo permanente: la resistencia. Esta implica una contra carga, es decir una reacción del yo opuesta al impulso. Estas resistencias pueden afectar a los rasgos del carácter. Aún cuando el yo haya logrado vencer la resistencia, debe aún luchar contra la obsesión de la repetición y la atracción de los prototipos inconscientes sobre el proceso de energía reprimida. Esto último se llama resistencia de lo inconsciente.

1 La psicología psicoanalítica explica la topología de la subjetividad mediante tres sistemas: inconsciente, preconscious, y consciente. Y hace una división de la estructura subjetiva en tres partes: El ello, el yo y el superyo. Esta corriente de psicología entiende los fenómenos psíquicos como el resultado de la acción recíproca y de la acción contrarias de fuerzas, esto se realiza de una manera dinámica, que es al mismo tiempo genética, porque no solo examinan un fenómeno como tal sino las fuerzas que lo producen

2 Defensa hace referencia a los mecanismos de defensa que responden a movimientos internos y externos de la psique y entre ésta y el ambiente del sujeto. La defensa es el modo habitual con que la persona resuelve y maneja sus deseos, sus temores...

La teoría psicoanalítica, junto con otros postulados, es un medio, por el cual, trato de pensar, formaciones psicossomática en los resultados de la práctica arteterapéutica. Desde una revisión de las conceptualizaciones teórico-clínicas freudianas y winnicottianas-sostienen que tanto desde el punto de vista biológico como psicoanalítico cuanto el síntoma todavía no develado de los particulares lazos que ligan el soma y la psique. Lo psicossomático entendido como una paradoja, en tanto la realidad del soma se sitúa en lo medular del vivenciar inconsciente. El momento de la constitución del síntoma somático es siempre aquel en el que “algo” se desvía de su curso simbólico para re-tornar al cuerpo, constituyéndose el cuerpo en el verdadero revelador de lo inconsciente.

Winnicott, (1970) fue quien postuló la cuestión del cuerpo, del sí mismo y de la persona, desde una perspectiva tanto evolutiva como fenomenológica. “...Para mí el self, que no es el yo, es la que persona que soy yo y solamente yo...El self se halla naturalmente ubicado en el cuerpo, pero en ciertas circunstancias puede disociarse del cuerpo, o el cuerpo de él”.

“...La mente no existe como entidad en el esquema de cosas del individuo, siempre y cuando el psiquesoma o cuerpo individual haya atravesado satisfactoriamente las etapas de desarrollo más tempranas; la mente no es más que un caso especial del funcionamiento del psiquesoma...la palabra “psique” se refiere a la elaboración imaginativa de las partes, sentimientos y funciones somáticas, es decir, al hecho de estar físicamente vivo...el cuerpo vivo, con sus límites, y con un interior y un exterior, es percibido por el individuo como parte del núcleo de ser imaginativo” (Winnicott, D., 1949).

El término “psicossomático” parece definir una categoría específica de dolencias, que encontraría su definición en su misma naturaleza.

El yo psíquico es siempre un yo-cuerpo que debe encontrar su hábitat, un lugar donde estar y donde detenerse para poder existir. El cuerpo propio es aquel que conteniendo sus multiplicidades y diversidades físico-psíquicas, se convierte progresivamente en un cuerpo-persona. Vivir el cuerpo conlleva aceptar los propios límites reconociendo, a la vez, el espacio ajeno.

El tener un cuerpo, va siempre acompañado del descubrimiento de la alteridad y de una distancia. Distancia que está en correspondencia con la categorización del “adentro y del afuera”, culminando con la percepción de un modo objetivado. La imagen del cuerpo no es solo una imagen de superficie sino también una representación del interior del cuerpo.

Según Struppler (1975) el dolor no es una percepción sensorial específica como ver y oír, más bien es una experiencia psico-fisiológica. En tales casos el dolor puede ser mirado como funcional o psicossomático.

El arteterapia puede proporcionar una oportunidad para expresar el dolor, sacar a la luz conflictos y deseos reprimidos a través de los materiales artísticos

La creatividad artística anima a los pacientes para entrar en un área de fantasía y juego. Winnicott (1985) postula un espacio por el cual poder jugar y en este espacio potencial ubica la relación entre el cuerpo y la emoción, conectando el mundo interior con la realidad externa "Jugar es una expresión y premisa para la salud, conduce a las relaciones del grupo social y es una forma de comunicación".

Desde una revisión bibliográfica en la materia arteterapia y psicopatología, se puede decir que hay escasas investigaciones; y lo que se ha encontrado, hace referencia principalmente a enfermedades mortales como el cáncer.

Recientemente, profesionales en el campo de la psicopatología, entre ellos, David Sobel, médico que dirige la información a los pacientes de Kaiser Permanente, una compañía médica que cuenta con millones de afiliados en los EEUU, afirma que el 25 por ciento de las personas que van al médico tiene síntomas físicos muy probablemente provocados por su estado emocional. La fibromialgia es nombrada entre otras enfermedades.

Marc Schoren, profesor adjunto en medicina en la Universidad de California, el Los Angeles, afirma que ahora podemos decir que casi todo se vuelve psicopatológico.

Kellner, en una encuesta a la población americana. 60%-80% síntomas somáticos. (Barky, S; Stern TA; Greenberg, DB; 1997) 20%-84% que asisten a atención primaria: fatiga crónica, cefalea, dolor torácico sin causa orgánica y síntomas somáticos, presentan trastornos psiquiátricos.

Ello, dificulta el diagnóstico y la terapia con pacientes con trastornos somatoformas, síntomas somáticos, funcionales, médicas o psiquiátricos.

En Andalucía se recogen en torno a 75.94% patologías somáticas.

En la práctica, se consideran somatizaciones (Lipowski ZJ, 1988 145:1358-68.) quejas por síntomas físicos para los cuales el médico no encuentra una causa orgánica clara y se asocian a algún síntoma psicológico o de conducta. Pero la insuficiencia de conocimientos médicos acerca del "fenómeno de la somatización" genera en estos pacientes una práctica clínica inadecuada e ineficaz, una relación médico-enfermo frustrante e iatrogénica y un formidable dispendio de recursos en todos los sistemas sanitarios del mundo (en términos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos inadecuados, hospitalizaciones innecesarias, rehabilitaciones fallidas y limitación sociolaboral (Lipowski ZJ, 1988; Smith GR, Monson RA, Ray DC 1986).

Una investigación clásica "The validity and significance of the clinical diagnosis of hysterics" (Guze, 1975), mostró que el trastorno por somatización tiene un estatus clínico y epidemiológico válido y diferente al de otros trastornos somato-

morfos: "...EL trastorno por somatización es un síndrome crónico y recurrente que cursa con síntomas múltiples no explicables por ninguna otra enfermedad, con un importante distrés psicológico asociado y búsqueda exhaustiva de ayuda médica. Su etiología es compleja y probablemente psicosocial. Algunos pacientes experimentan un deterioro del proceso cognitivo bifrontal de predominio en el hemisferio no dominante, que podría ser responsable de la depresión, del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta. Las anomalías en el hemisferio dominante serían las responsables del deterioro de la comunicación verbal, incongruencia de la respuesta afectiva y de la integración sensomotora anómala. El análisis del patrón verbal muestra una identidad de Self negativa y un narcisismo patológico que empobrece su mundo relacional, por déficit de empatía y pseudo-dependencia. (Flor-Henry, 1981: 16:601-26) Aunque este estudio ha sido validado con rigor, encontramos también en la literatura, otros estudios que cuestionan los resultados como en el trabajo de (Caballero, 2006).

La tasa de prevalencia del trastorno por somatización en la población americana del 0,4%. Resulta 9-10 veces más frecuente en la mujer que en el hombre y se acumula en los estratos socioeconómicos más bajos. (Smith,GR, 1991).

Es habitual que los trastornos por somatización coexistan con depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos fóbicos y abusos de drogas de prescripción médica. (Simon, GE, 1991).

Uno de los estados de enfermedad que se analizan con mayor detenimiento en esta conferencia, es el síndrome de la fibromialgia en la mujer.

Se apuesta por la idea de que el **dolor físico es un reflejo somático del dolor emocional, que no se expresa y que es inconsciente.**

Se apuesta, también, por la **abundante conexión entre factores psicológicos y somáticos**, incluyendo la mayor incidencia de sufrimiento psicológico en los antecedentes de pacientes que sufren de Fibromialgia.

La Fibromialgia, manifiesta unas características que se pueden encontrar en otras enfermedades a lo largo de la historia (sin pretensión de establecer una asociación directa a ellas):

Desde la histeria de conversión hasta la clínica psicosomática.

La Conversión Histérica, como un mecanismo descubierto por Freud y que se acercaría conceptualmente al vínculo entre elementos psíquicos y somáticos, tal y como ocurre en la fibromialgia.

EL caso de estudio de Freud (1895), Isabel R. es un caso que presenta unas similitudes y que ayuda a entender características de la fibromialgia desde las teorías del psicoanálisis.

Por un lado, se puede encontrar una corriente de psicoanalistas y profesionales en el campo de la salud, que creen que la fibromialgia es una evolución de la enfermedad de la histeria que Freud trataba:

A) las histerias clásicas, estudiadas por Freud. Enfermedad funcional.

(Merskey, 2001; Hyler y Spitzer, 1998), exponen la relación entre fibromialgia e histeria ordinaria:

- Falta de evidencia del dolor
 - Ambiente estresante
 - Significado simbólico del síntoma. (López, 1987)
 - Presencia de trastornos de la personalidad.
- (Carveth DL, Carveth JH, 2005), postulan:
- Ganancia secundaria de la enfermedad. (Protección, atención, etc)
 - Atribución del sufrimiento a sucesos exteriores.
 - Dramatización.

Por otro lado, La fibromialgia, se podría acerca a la percepción de dolor de las histéricas que Freud trataba, pero se podría tener en cuenta también, tal y como (Sanchez, A, 2012) cita: la diferencia reside que cuando Freud hablaba del dolor de las histéricas lo hacía para relacionarlo simbólicamente con sus síntomas psíquicos. Ese dolor reflejaba el pensamiento de sus pacientes, que cuando se referían a medio cuerpo, o a medio campo visual, o a la parálisis de una mano no coincidían con la distribución anatómica de las inervaciones. Este tipo de dolor no parece coincidente con el referido por las pacientes afectas de fibromialgia. Desde mi punto de vista, el dolor en la fibromialgia es difuso, que va cambiando por las zonas corporales. La relación simbólica es menos directa, más compleja, pero el dolor en sí podría ser pensado como un síntoma simbólico del dolor existencial.

En el intercambio de información con otros profesionales que aún no han publicado su trabajo (y no se expone como un dato empírico, sino parte de una reflexión), se percibe un factor común en relación a cómo se vincula su subjetividad con el dolor corporal. Ellas lo definen como: “un vacío crónico”; “como si llevaran un muerto a las espaldas”; “como un peso que les aplasta”. Finalmente, concluyo, que dada la complejidad de la multisintomatología (depresión, angustia, artritis reumatoide, colon irritable, fatiga crónica...) que interviene en el síndrome, es muy difícil determinar de dónde procede las respuestas somáticas y por ende, la dificultad de relacionar el componente simbólico, el cual, era determinante en las histerias ordinarias.

Las respuestas en el cuerpo, se denominan **procesos de somatización**, a causa de factores psicológicos. Se puede pensar que en la fibromialgia existe una repercu-

si3n somática del estrés y a conflictos psíquicos.

Finalmente, López, JM (1987) denomina *Identidad clínica psicosomática*, y que podemos encontrar en autores como Rof Carballo, Syphneos, Franz Alexander y la escuela de medicina psicosomática de París (Pierre Marty y su escuela). Aquí hay lesión orgánica y aunque se pueden encontrar asociaciones entre los conflictos psíquicos y el inicio de las enfermedades (psoriasis, artritis reumatoide, diabetes, vitíligo, colitis ulcerosa, colon irritable, cáncer, hipertensión arterial, etc.), una vez que el padecimiento orgánico se inicia éste lleva un curso independiente de la evolución psíquica.

Tabla 4: En medicina cada especialidad contiene algún síndrome somático funcional: (Wessley, S; Nimnaun, C; Sharpe M, 1999)

Gastroenterología-----	El síndrome de colon irritable.
Neurología-----	La Cefalea tensional.
Estomatología-----	Disfunción temporomandibular.
Ginecología-----	El dolor pélvico crónico.
Ortopedia-----	El dolor lumbar
Infectología-----	Fatiga crónica.
Alergología-----	Sensibilidad química múltiple.
Reumatología-----	La fibromialgia

Tabla 5: (Leslie A; Buchwald, A 2001)

1. Similitudes entre los síndromes somáticos funcionales:

- a) Asociados con depresión y ansiedad.
- b) Alta comorbidad con los trastornos de la personalidad.
- c) Distrés emocional.
- d) Comparten historias de abusos psicológicos, físicos o sexuales en la niñez y presenta algún tipo de dolor crónico y fatiga.

2. Similitudes en cuanto a síntomas:

- e) Difusos,
- f) Inespecíficos y ambiguos.
- g) Alta prevalencia en población sana.
- h) Fatiga, debilidad, cefaleas, dificultades para dormir, dolores musculares y de articulaciones, problemas de atención, concentración, memoria, náuseas, irritabilidad, palpitaciones

Riviére, P, un autor de filiación psicoanalítica divide a la persona en tres áreas: área 1: la mente; área 2: el cuerpo y área 3, el mundo exterior, el grupo... La fibromialgia como fenómeno que ocurre prioritariamente en el área 2.

En los trastornos ansiosos y depresivos es muy frecuente que aparezcan síntomas somáticos los sucesos localizados en el área 2 (el cuerpo), y pueden ocurrir por

una implicación directa de este área en el conflicto (traumas, infecciones, déficits congénitos, etc...) o procedentes de las otras dos (Área 1= la mente; Área 3 = el grupo, la sociedad).

Para finalizar el texto con las perspectivas que se han tenido en cuenta, se menciona también la perspectiva de género, y las teorías feministas del arteterapia, por el cual, los métodos, perspectivas y enfoques seleccionados en este trabajo, se entrelazan, trabajando conjuntamente en el proceso de investigación de entendimiento del sufrimiento en la subjetividad femenina. Uno de los objetivos es visibilizar estas perspectivas cuando se trabaja con el colectivo de mujeres, para posibilitar el orientar el nivel de intervención de la práctica del arteterapia al cambio (Omenat, 2007), *“facilita ponerse en contacto con emociones profundas, conteniendo angustias y ansiedades y proporciona que las mujeres puedan ir entendiendo dichas emociones en la construcción y resignificación de su historia vital”*;

En las teorías feministas del arteterapia, la importancia de la diferencia de género se ha destacado por muchos escritores/as, que han intentado ilustrar cómo ideas de la masculinidad y la femineidad están vinculadas a las normas institucionales y las prácticas que se encuentran en un constante estado de flujo y de reconstrucción, en lugar de ser fijo y a priori.

Ello, desafía a la idea de la masculinidad y femineidad, como algo inmutable y parte de la “naturaleza humana”. Este desafío ha sido muy útil, para muchas escritoras feministas que le han permitido criticar argumentos biológicos sobre las diferencias naturales y que los mismo, han sido utilizados para convenios y prácticas de género particulares. El énfasis puesto en la construcción natural del Self, le ha permitido a las escritoras feministas, explorar como la existencia de representaciones dominantes de la femineidad, son patologizadas a través de las prácticas institucionales y del discurso.

Tales ideas, deben de ser relevantes para los/as arteterapeutas que trabajan con el colectivo de mujeres, para permitir una exploración multifacética de uno mismo.

Hogan, S, (1997) propone un análisis de las circunstancias particulares del un individuo en relación a un sistema de representaciones, prácticas institucionales y discursos, los cuales, crean nuestro entendimiento de subjetividad, enfermedad, insano y salud. (Pollock, 1998) insiste que la diferencia de género se producen por series interconectadas de prácticas sociales e institucionales de las cuales: la familia, educación, estudios de arte, galerías y revistas forman parte.

Estas ideas son muy importantes para la práctica arteterapeutica, a la hora de tener en cuenta en el análisis, cómo son construidas las representaciones o imágenes y el efecto que las mismas han tenido en las mujeres.

La subordinación de los roles asignados a la mujer ha sido unido a un elaborado campo de justificación médica y biológica. En la década XIX, una variedad de características sociales fueron asumidas a causalidades biológicas. Así como, unas características asignadas a la personalidad de la mujer, como: pasividad, dificultad para defenderse a sí misma, necesidad del afecto...que han sido incorporados como un modo "normal" de sociabilización.

Los estudios de subjetividad femenina, plantean que la mujer es susceptible de sufrir trastornos psicósomáticos y estados de enfermedad, como consecuencia de un modo de sociabilización "normalizado" (valores, creencias, asunciones...) que impide la construcción de los deseos propios y una inhibición del yo, dando lugar a "estados de subjetividad subordinados".

González de Chave (2000), cree que el miedo a la pérdida del amor en la mujer, es el principal causante de las angustias. Estas angustias son constantes de innumerables síntomas psíquicos y somáticos, como depresión, ansiedad, diversas algias, hipocondrías, hiper adaptación, miedo al éxtio, etc...manifestaciones a través de la idealización de la maternidad y ambivalencias negadas con respecto a ella, idealizaciones del amor y el saber del otro. Mandatos superyoicos con respecto a estas tareas que generan culpa, negación de la agresividad y dificultades para el proceso de individualización y para afrontar conflictos.

El concepto del superyó femenino de Benjamin, (1996), expone: *"los valores de género, se han implantado en la psique de la mujeres, a través del superyó que, como organizador intrapsíquico se ocupa de reglamentar mediante restricciones, mandatos e idealizaciones, un delicado entramado que regulará la relación de la mujer consigo misma, estructurando un modelo frente al cual se debatirá en permanentes defensas entre lo idealizado y lo percibido y que será causa de dolorosos conflictos, y sobre todo generador de sentimientos de culpa"*.

Los imperativos superyoicos en relación a "hacerlo todo bien", "búsqueda de la perfección", "cuidado al otro", están presentes en el superyó femenino en la mujer, que producen finalmente un olvido de sí mismas.

Partiendo de la literatura de los trastornos (de somatización, enfermedades funcionales, dolor...) que han encontrado formaciones traumáticas en la infancia, sesgos de género, abusos (físicos y psicológicos), maltratos, abandonos...Nos permiten tener en cuenta antes de intervenir, que las problemáticas probablemente van a estar presentes en torno a:

La construcción carencial afectiva en los vínculos fundantes.

La construcción del apego (inseguro o desordenado);

Una percepción interna de indefensión o de control bajo...

Una mala construcción de la identidad.

En el psicoanálisis, “la mirada”, es determinante para que un sujeto se apropie su propio cuerpo y construya una estructura psíquica sana. Si no somos mirados, no construimos ese Yo, el Ello, queda investido de la ausencia de la mirada. De tal modo, que se renuncia al yo y se cumple el mandato superyoico. Para ello, las mujeres se tienen que hacer visibles mediante la mirada del Otro, (cuidando al otro), ya que hay una “falta” de la mirada de los vínculos fundantes, y ello, genera una carga energética que tiene que ser sometida y reprimida, y que se manifestará de diferentes maneras de estados de enfermedad. Se podría entender el cumplimiento de las órdenes, o los deseos del Otro, para ser miradas y ser queridas. Y para ser queridas se tiene que ser necesitadas, encontramos, entonces, una necesidad de vincularse desde esa “falta” en la infancia.

Desde mi punto de vista, subrayo la importancia a tener en cuenta dichas teorías como herramientas que favorezcan una efectividad en la orientación al cambio en la subjetividad de la mujer, teniendo especialmente en cuenta, el análisis del “superyó femenino”, “los estudios sobre la subjetividad femenina” entre otras instancias y cuestionamiento de los discursos hegemónicos establecidos.

Dada la complejidad de la clínica diferencial con mujeres y concretamente, el síndrome de la fibromialgia, se apuesta por establecer una relación entre los siguientes factores: biológicos (predominio en el sexo femenino-sesgos de género); factores cognitivos conductuales (creencias y atribuciones sobre el dolor, hipervigilancia sobre los síntomas, estrategias de afrontamiento, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad y conductas asociadas al dolor); variables ambientales y socioculturales (los procesos de somatización como respuestas a conflictos inconscientes; estados de subjetividad subordinados); especialmente durante la infancia y repercusión de esta en la adultez. Y el factor principal, el entendimiento de cómo ha sido los vínculos fundantes, la construcción de un apego desordenado, y en función del mismo, cómo se ha construido a sí misma.

Bibliografía

- Barsky J, Stern TA, Greenberg DB (1997). *“Functional Somatic Symptoms and Somatoform”*. En: Cassem NH, Stern TA, Rosernbaum et al, editores: Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. 4th ed. St Louise: Mosby;
- Caballero, C (2006) *“Somatizaciones ¿Trastornos específicos o inespecíficos?”* En: Vallejo J, editor. Update Psiquiatría. Barcelona: Masson;
- Benjamin, J. (1996) *Los Lazos de Amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires, Paidós. Psicología profunda.
- Carveth y Carveth (2003): *“Fugitives from Guilt: Postmodern demoralization and the new history”*. American Imago, 60(4): 445-479.
- Flor-Henry, P (1981), Fromm-Auch D, Tapper M, et al. *“A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria”*. Biol Psychiatry; 16: 601-26. Elsevier Science Inc. Nueva York.
- Flybjerg, B (2006) *“Five Misunderstandings About Case-Study Research”*. Vol 12. N° Sage publication. Dinamarca.
- Freud, S (1895) *“Proyecto de psicología”*. Tomo 1. Especialmente sección 9. Amorrortu, Buenos Aires.
- Freud, S (1993-5) *“Estudios sobre la histeria. Historiales clínicos: Isabel de R”*. Editorial biblioteca Nueva. Obras Completas. Madrid.
- González de Chavez (2000) *“El ideal maternal y el sufrimiento psicósomático en las mujeres”*. En II Jornadas Salud Mental y Género. Madrid 9 y 10 de Octubre de 2000. n° 32. Pág. 31. Madrid. Debate ed.: Instituto de la Mujer.
- Guze, (1975): *“The vality and significance of the clinical diagnosis of hysteria (Briquet’s síndrome)”*. Am J. Psyquetry, 127: 138-41.
- Lacan J. (1989) *“Seminaro VII. La ética del psicoanálisis”*. Paidós p.159.
- Lipowski ZJ, (1988 145:1358-68.) *“Somatization: the concept and its clinical application”*. Am J. Psychiatry. 145:1358-68.
- López, A (1987) *“Resúmenes de patología psicósomática”*. Vol. 1. Circulo de estudios psicopatológicos. Granada
- Merskey (2001): *“Physical and pshycological considerations in the classification of Fibromyalgia”*. J, Rheumatology, 16 (Supl. 19): 72-79, 1989.
- Omenat, M (2007) *Apuntes para el curso de Especialista en creación y mediación plástica. “Niveles de intervención en arteterapia”*. Escuela de práctica psicológica. Universidad de Murcia

- Pollock, G (1994): *"Inscriptions in the feminine"*. In M.Catherine de Zegher (curator & ed) *Inside the Visible: An Elliptical Traverse of 20th Century Art in of and the Feminine*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Rivière, P (1970): *"Trastornos del Esquema Corporal, en Del Psicoanálisis a la Psicología Social"*, t. L, Ed. Galerna, Buenos Aires.
- Struppler (1975) *"Pathophysiologie der schmerzsyndrome des bewegung-sapperates"* (pp15-31). Basle: Karger.
- Smith,GR, 1991; *"Somatización disorder in the medical setting"*. Washington: American Psychiatric Press,
- Winnicott, D (1949): *"Los recuerdos del nacimiento, el trauma y la angustia en Escritos de pediatría y psicoanálisis. (1958), Laila. España; Winnicott(1985):"Fore spiel zur kreati-vitaet.Stuttgart."* Klett-Cotta Winnicott, (1970): *"Sobre las bases del self en el cuerpo en Exploraciones Psicoanalíticas I, (1991), Paidós, Argentina.*
- Yin (2009): *Case Study Research: design and method*. Fourth edition. Sage. London.